Simona Ioana Bodogai

Asistența socială a persoanelor vârstnice. Metode actuale și construcție planificată



Presa Universitară Clujeană

Simona Ioana Bodogai

•

Asistența socială a persoanelor vârstnice. Metode actuale și construcție planificată

Simona Ioana Bodogai

Asistența socială a persoanelor vârstnice. Metode actuale și construcție planificată

Presa Universitară Clujeană
2020

Referenţi ştiinţifici:

Daniela-Tatiana Șoitu

Profesor universitar doctor habilitat, specialist în științe sociale, Universitatea „Alexandru Ioan Cuza" din Iași, Facultatea de Filosofie și Științe Social-Politice, Departamentul de Sociologie și Asistență Socială

Redactor șef, „Analele Științifice ale Universității Alexandru Ioan Cuza din Iași", secțiunea „Sociologie și Asistență Socială"

Redactor șef, „Revista de Economie Socială"

Nicoleta Neamțu

Conferențiar universitar doctor, asistent social principal, Universitatea „Babeș-Bolyai" din Cluj-Napoca, Facultatea de Sociologie și Asistență Socială, Departamentul de Asistență Socială

Director Program de studii (masterat), Managementul serviciilor sociale

Coordonator al Colecției Științe sociale, Ed. Accent, Cluj-Napoca

Membru în Consiliul editorial al „Revistei de asistență socială", editată de Universitatea din București și Ed. Polirom

Gheorghița Nistor

Conferențiar universitar doctor, asistent social principal, Universitatea din București, Facultatea de Sociologie și Asistență Socială, Departamentul de Asistență Socială

Coordonator Program de studii (licență), Asistență Socială Învățământ la Distanță

ISBN 978-606-37-0956-2

Universitatea Babeş-Bolyai
Presa Universitară Clujeană
Director: Codruţa Săcelean
Str. Hasdeu nr. 51
400371 Cluj-Napoca, România
Tel./fax: (+40)-264-597.401
E-mail: editura@ubbcluj.ro
http://www.editura.ubbcluj.ro/

Simona Ioana Bodogai este Lector doctor în cadrul Universităţii din Oradea (www.uoradea.ro), Facultatea de Ştiinţe Socio-Umane (www.socioumane.ro), Departamentul de Sociologie şi Asistenţă Socială, și Director al Programului de studii universitare de licență Asistență Socială. La nivel de licență și master predă cursuri precum „Metode de intervenţie în asistenţă socială", „Asistenţa socială a persoanelor vârstnice", „Categorii marginalizate organizate în structuri de economie socială", „Politici sociale în Uniunea Europeană", „Programe şi servicii de prevenţie" şi coordonează „Analiza și evaluarea practicii de specialitate". În anul 2010 a primit „Distincţia de Profesor Bologna" („Un Prof Tare") din partea Asociaţiei Naţionale a Organizaţiilor Studenţeşti din România.

Este *licenţiată în asistenţă socială* (Universitatea din București), fiind şef al primei promoţii de Asistenţă Socială din cadrul Universităţii din Oradea (2003). A urmat cursurile de master în „Politici publice în asistenţă socială" și „Managementul resurselor umane". În anul 2008 a susţinut teza de doctorat în Sociologie în cadrul Universităţii din Bucureşti, Facultatea de Sociologie şi Asistenţă Socială, sub îndrumarea d-lui Prof.univ.dr. C. Zamfir.

Autoarea este membru al Centrului de Studii asupra Transformărilor Sociale din cadrul Universităţii din Oradea, centru de cercetare acreditat CNCSIS, dar şi membru al principalelor asociaţii profesionale de asistenţă socială: Federaţia Internaţională a Asistenţilor Sociali (IFSW), Colegiul Naţional al Asistenţilor Sociali (CNASR) – asistent social principal. A participat la o serie de proiecte de cercetare și nu numai.

Simona Bodogai este: membru în Consiliul editorial al revistei "Journal of Social Research & Policy" (BDI), ISSN 2067-2640, http://www.jsrp.ro/editors; coordonatorul numărului 3 din 2014 al „Revistei de Asistenţă Socială" (BDI), Bucureşti, ISSN 1583-0608, http://www.swreview.ro/index.pl/numar-3-2014-ro.

A publicat numeroase studii şi cercetări în domeniul asistenţei sociale şi al sociologiei în care a abordat aspecte contemporane ale teoriilor şi practicilor din domeniul social. Dintre articolele publicate menţionăm doar câteva: *Religiosity and Subjective Well Being of Central and Eastern Europe Elderly Population* (co-autori: Olah Şerban, Roşeanu Gabriel) (în Journal of Religion and Health, https://doi.org/10.1007/s10943-018-0659-2, 2018, Springer Science; ISI, IF 1.413); *Aging in Romania: Research and Public Policy* (co-autor: Stephen J. Cutler, University of Vermont, USA) (în The Gerontologist, https://doi.org/10.1093/geront/gnt080, print 2014 şi electronic 2013, Oxford University Press on behalf of The Gerontological Society of America, USA; ISI, IF 3,231); *Abuzul asupra persoanelor vârstnice. Metode şi tehnici de intervenţie* (capitol al volumului „Violenţa în familie – între percepţie socială şi asumare individuală", coord. Rujoiu, Ed. ASE, Bucureşti, 2012); *Social Protection of Persons with Disabilities in Romania* (în volumul „Journal of International Scientific Publications: Language, Individual & Society", volume 5, coord. Genov, Ed. Info Invest, Burgas, Bulgaria, 2011); *Persoanele vârstnice din judeţul Bihor. Nevoi şi soluţii* (în „Revista de Asistenţă Socială Gerontologică", nr. 2, Ed. Universităţii de Vest, Timişoara, 2009). Detalii și informații suplimentare pot fi obținute consultând: http://www.socioumane.ro/downloads/cv/Bodogai%20Simona%202018.pdf.

Autoarea poate fi contactată la adresa de e-mail: simonabodogai@yahoo.com

CUPRINS

PREFAȚĂ

”Autoarea acestui volum este lect. univ. dr. în Departamentul de Sociologie şi Asistență Socială al Universității din Oradea, cu activitate academică şi de cercetare însemnate şi cu publicații recunoscute în domeniul ştiințelor sociale.

Volumul oferă răspunsuri la permanentele provocări ale îmbătrânirii, cu accente în domeniul asistenței sociale a persoanelor vârstnice din România, respectiv al nevoilor și serviciilor sociale din județul Bihor.

Conceptualizările, clarificările, exemplificările, analizele aprofundate din acest volum, propunerile de politici vin în întâmpinarea nevoilor exprimate de cercetători şi practicieni din domeniu.

Competențele necesare unui specialist în domeniul gerontologiei, al asistenței sociale cu şi pentru persoanele vârstnice sunt foarte bine realizate, sintetizate şi prezentate practicienilor actuali şi studenților.

Recomand publicarea acestui volum la o editură de prestigiu internațional, calitatea ştiințifică a lucrării răspunzând exigențelor academice şi aducând, totodată, o nouă abordare în realizarea echilibrului dintre oferta academică şi nevoile de formare ale specialiştilor în domeniile sociale şi de graniță.”

Prof. univ. dr. habil. **Daniela -Tatiana ȘOITU**
Universitatea ”Alexandru Ioan Cuza” din Iași,
Departamentul de Sociologie și Asistență Socială

”Lucrarea «Asistența socială a persoanelor vârstnice. Metode actuale și construcție planificată», elaborată de către lector univ. dr. Simona Bodogai, este o îmbinare fericită între: o documentare aprofundată din literatura de specialitate (abordând atât teoriile de informare, cât și teoriile de intervenție socială și bazându-se pe studii empirice relevante), rigurozitate metodologică și aplicabilitate practică.

Implicațiile practice ale rezultatelor cercetării autoarei vizează mai multe nivele de organizare socială focalizate asupra asistenței sociale a persoanelor de vârsta a treia: individ, familie, grup vulnerabil, organizație/ instituție furnizoare de servicii sociale, precum și la nivel societal în proiectarea și schimbarea politicilor publice de la nivel local, județean și național, pe bază de evidențe.

Cu siguranță că lucrarea colegei Simona Bodogai abordează o temă de mare actualitate și marchează o «bornă kilometrică» de referință la nivel național în domeniul tratat, fiind utilă nu doar specialiștilor din domeniul asistenței sociale, ci și celor din alte științe sociale și comportamentale aplicate, precum și profesioniștilor din domeniul îngrijirii sănătății și decidenților politici."

Conf. univ. dr . **Nicoleta NEAMȚU**
Universitatea "Babeș-Bolyai" din Cluj-Napoca,
Departamentul de Asistență Socială

"Lucrarea este organizată în trei capitole, bine structurate, completate de Introducere, Concluzii finale, Bibliografie și Anexe. Fiecare capitol include atât aspecte teoretice, cât și elemente practice, aplicative și urmează logica unui astfel de demers științific.

Informațiile incluse în volum au la bază aplicarea unor metode de cercetare diverse, ca de exemplu, analiza documentelor, analiza politicilor sociale, observația nestructurată, studiul de caz, interviul, analiza literaturii de specialitate etc.. Valoarea adăugată a lucrării este dată de elementele practice utile oricărei persoane. Piramida nevoilor vârstnicilor ajută la dezvoltarea unor politici sociale adecvate.

Lucrarea este echilibrată teoretic și practic, evidențiază cercetări relevante pentru domeniul abordat."

Conf. univ. dr . **Gheorghița NISTOR**
Universitatea din București,
Departamentul de Asistență Socială

Volumul de față reprezintă o variantă actualizată, revizuită și adăugită, a primei mele cărți, "Protecția socială a persoanelor vârstnice", publicată în 2009 la Editura Universității din Oradea. Având în vedere faptul că acest volum apare acum la o

altă editură, Editura Presa Universitară Clujeană, Biroul ISBN al Bibliotecii Naționale a României mi-a atras atenția că nu pot denumi volumul de față Ediția a II-a, revizuită și adăugită (pot exista ediții diferite doar în cadrul aceleiași edituri; a se vedea ”Ediție nouă” la pagina http://www.bibnat.ro/ISBN-s21-ro.htm).

Doresc să menționez ce modificări și noutăți am introdus în acest volum, comparativ cu varianta inițială:

- am actualizat întregul conținut, am reformulat ideile, păstrând identic doar studiul de analiză a nevoilor; am menționat acest lucru în nota de subsol de la începutul Capitolului 3; din acel studiu am exclus subcapitolele 2.2.1. și 2.2.2. ce descriau organizațiile guvernamentale și nonguvernamentale active în 2009;
- am restructurat lucrarea pe capitole și subcapitole; am redenumit și reorganizat unele subcapitole; am renunțat la: capitolul ”Partea I”, subcapitolul 3 din ”Partea III”, subcapitolele 2.2.1. și 2.2.2. din ”Partea IV”, anexele 2, 3, 4, 5;
- am introdus o serie de informații noi privind asigurările de bătrânețe, asigurările de sănătate, asistența socială a persoanelor vârstnice, legislația din domeniu, paginile web relevante pentru informarea curentă, explicarea mai clară a sistemului de protecție socială, problemele sociale actuale cu care se confruntă vârstnicii etc.;
- am actualizat bibliografia și legislația.

Consider că volumul se adresează unui public larg, de la vârstnicul însuși până la toți cei care interacționează în diverse contexte cu această categorie de vârstă: membrii familiei, asistenți sociali, sociologi, specialiști în resurse umane, psihologi, pedagogi, cercetători, studenți, oameni de rând ce doresc să fie informați cu privire la problematica persoanelor vârstnice, serviciile și prestațiile sociale existente, condițiile de acordare.

Autorul,
Lector univ. dr. **Simona BODOGAI**
Universitatea din Oradea,
Departamentul de Sociologie și Asistență Socială

INTRODUCERE

Îmbătrânirea demografică a populației (creşterea ponderii vârstnicilor în totalul populației) conduce la *creşterea presiunii populației vârstnice asupra populației adulte, potențial active*, și implicit *asupra sistemelor de sănătate, asistență socială, asigurări sociale*, cu implicații pentru politica economică şi socială ("bătrânețea este a tuturor şi a fiecăruia dintre noi", Balogh, 2000, p. 271). Astfel se deteriorează raportul dintre cei care contribuie și cei care beneficiază, sistemul de pensii are dificultăți în a susține corespunzător populația vârstnică, sistemul de sănătate trebuie să se adapteze la nevoile specifice ale unui grup mai mare de persoane în etate, rețeaua de asistență socială necesită să "prindă între ochiurile" sale tot mai mulți vârstnici care nu reușesc să aibă un trai decent, fiind insuficient protejați de celelate sisteme de protecție socială; constatăm, de asemenea, declinul aranjamentelor informale și tradiționale privind securitatea seniorilor (bazate pe relații de familie și rudenie) și accentuarea dependenței sursele non-familiale de sprijin. Toate aceste probleme necesită soluții sociale, iar soluțiile promovate prin politici trebuie să aibă la bază *cercetări realizate de specialiști la nivel național și în mod regulat*. Se ridică într-adevăr problema finanțării acestor cercetări, însă constatăm cu regret că în domeniul protecției sociale a persoanelor vârstnice s-au realizat foarte puține studii în România.

Deși sprijinirea vârstnicilor de către familie este indicată ca formă de asistență, observăm că familia ajunge, deseori din motive independente de voința sa, să acorde tot mai puțin timp şi suport bunicilor/părinților. Prin urmare, seniorii tind să ajungă temporar sau permanent clienți ai asistenței sociale. În prezent, o proporție remarcabilă de persoane vârstnice are nevoie de *servicii* sociale specifice care, în multe cazuri, sunt deficitare în România, adică ori nu există, ori sunt *insuficiente cantitativ sau calitativ* (Roth şi Dobre, 2005, p. 3-17; Gîrleanu-Şoitu, 2006, p. 94-96, 189). De-a lungul timpului au existat o serie de critici privind serviciile pentru vârstnici, una dintre ele referindu-se la

superficialitatea cu care sunt identificate şi evaluate nevoile acestei categorii, având în vedere particularităţile contextului socio-cultural românesc, importanţa cantitativă a ruralului şi decalajele de care suferă acesta în raport cu mediul urban.

Volumul de față reprezintă o tentativă de *planificare a serviciilor sociale pentru vârstnici* pornind de la un studiu de analiză a nevoilor. Primul capitol descrie *vârsta senectuții*: delimitează această etapă de vârstă, prezintă percepțiile și atitudinile existente în societate privind vârstnicii, explică rolul nociv al stereotipurilor vehiculate cu privire la acest grup social, detaliază modificările biologice, psihologice și sociale care apar la aceste vârste (în mod diferențiat de la un individ la altul). În ceea ce privește modificările sociale, cartea include paradigmele socio-umane privind senectutea, problemele sociale actuale cu care se confruntă vârstnicii, detalii privind adaptarea individului la retragerea din activitatea profesională și rețeaua sa socială de sprijin.

Al doilea capitol vizează o analiză actualizată a *sistemului de protecție socială a persoanelor vârstnice*. Pentru început am clarificat elementele componente ale oricărui sistem de protecție socială. În ceea ce privește protecția socială a vârstnicilor din România am detaliat asigurările de bătrânețe, asigurările de sănătate și asistența socială a persoanelor vârstnice. Era imposibil să nu abordez și prioritățile strategice internaționale privind protecția vârstnicilor. Unul dintre subcapitole inventariază principalele instituții implicate în sistemul de protecție a persoanelor în etate, menționând paginile web relevante, care pot fi utilizate pentru informarea curentă a fiecăruia dintre noi. Veți găsi aici și câteva aprecieri privind legislația din domeniu.

Ultimul capitol prezintă *studiul de analiză a nevoilor* pe care l-am publicat în anul 2009 la Editura Universității din Oradea în volumul ”Protecția socială a persoanelor vârstnice”. Pornind de la acel studiu în care construisem o tipologie a nevoilor vârstnicilor, în volumul de față am propus, la Concluziile finale, o ”Piramidă a nevoilor vârstnicilor” menționând și implicațiile pe care aceasta le are asupra factorilor de decizie. Analiza nevoilor constituie *baza pentru proiectarea unor servicii sociale adecvate* destinate vârstnicilor.

CAP. 1. VÂRSTA SENECTUȚII

1.1. DELIMITAREA BĂTRÂNEȚII CA ETAPĂ DE VÂRSTĂ

Ca etapă distinctă de vârstă, bătrânețea reprezintă o „perioadă de profundă degradare şi involuție a principalelor funcții ale organismului uman, printre care declinul capacităților fizice, fragilitatea, uzura, scăderea rezistenței la boli şi diminuarea capacităților de adaptare ori reglare, deteriorarea calitativă a proceselor psihice" (Rădulescu S., 1994, p. 123-124). Din punct de vedere social, *bătrânețea* este echivalentă cu „dezangajarea față de rolurile sociale active, retragerea din viața profesională (pensionarea) şi adoptarea altor roluri sociale, dintre care unele cu caracter pasiv, caracterizate de dependența față de alții, iar altele cu caracter activ, compensator" (Rădulescu S., 2002, p. 66 – apud Dindelegan şi Secui, 2004, p. 474-475).

Când vorbim de "dezvoltare umană" ne referim la transformările cantitative și calitative la care este supus omul în decursul vieții sale. O serie de autori identifică ***stadiile dezvoltării umane*** punând accent pe diverse elemente:

Sigmund *Freud* – copilărie și instinct sexual;

Carl Gustav *Jung* – vârste adulte (bogate experiențe socio-culturale);

Erik *Erikson* – în cadrul fiecărui stadiu psihosocial există caracteristici duale aflate în opoziție; de rezolvarea lor favorabilă depinde evoluția normală; vârsta mijlocie (al şaselea ciclu al vieții): intimitate - izolare; al şaptelea ciclu al vieții: altruism - egocentrism; ultimul ciclu (anii de regresie): realizare - disperare (conştientizarea retrospectivă a eşecurilor);

Jean *Piaget* – stadializare cognitivă; reproşuri aduse teoriei: ciclul de dezvoltare psihică intelectuală se consideră încheiat odată cu adolescența; sistemul construit este accentuat individual, neglijând factorul social şi tipologia diferențială umană;

Gordon *Allport* – evoluția sinelui;

Edouard *Claparede* – evoluția intereselor;

Donald *Super* – poziția sau atitudinea față de angajarea profesională;

Alexandru *Roşca*, Anatolie *Chircev*, Stela *Teodorescu*, Ursula *Şchiopu*, Emil *Verza* – tipul de activitate dominantă la un moment dat (activitate strict fiziologică, manipularea obiectelor, autoservirea, jocul, învățarea şi munca); tipul de relații dintre individ şi mediul socio-cultural; raportul dintre cerințele externe şi posibilitățile interne. Pornind de la aceste criterii, autorii români disting următoarele ***cicluri ale vieții***:

- *ciclul de creştere şi dezvoltare*: copilăria (0-10 ani), adolescența (10-20 ani), adolescența prelungită (20-24 ani);
- *ciclul adult*: tinerețea (25-35 ani), vârsta adultă timpurie (35-44 ani), vârsta adultă medie (45-54 ani), vârsta adultă tardivă sau prelungită (55-64 ani); perioadă în care personalitatea este antrenată în asumarea unor responsabilități profesionale şi sociale;
- *vârstele de regresie* se extind *de la 65 de ani până la moarte* şi cuprind o perioadă de adaptare (bătrânețea timpurie), bătrânețea propriu-zisă şi marea bătrânețe sau ciclul terminal; se caracterizează prin acumulare de oboseală, uzură fizică şi morală şi boli degenerative.

Considerată *vârsta înțelepciunii şi a bilanțurilor*, bătrânețea este o etapă de vârstă fragilă, de involuție, care pune mult mai multe probleme clinice, psihologice şi sociale decât celelalte vârste. Îmbătrânirea diferă de la o arie geografică la alta, dar şi de la o persoană la alta.

Este necesar să distingem ***etapele bătrâneții***:

- stadiul de *trecere spre bătrânețe* (de la 65 la 75 de ani);
- stadiul *bătrâneții medii* (de la 75 la 85 de ani);
- stadiul *marii bătrâneți* sau al longevivilor (peste 85 de ani).

Tipul fundamental de activitate al vârstnicilor îl constituie adaptarea la un nou orar de activități familiale şi sociale, consultări profesionale etc., iar relațiile se restrâng odată cu pensionarea şi ieşirile sunt din ce în ce mai mult condiționate de vreme şi dispoziție. Fiecare subidentitate a vârstnicului (profesională, socială, maritală, parentală) se contractă odată cu înaintarea în vârstă (Şchiopu şi Verza, 1981, p. 19-38, 288-291; Zlate, 1995, p. 25-30).

O altă etapizare utilizată de autorii americani include:

- *vârstnici tineri* (old-young, young olds): 65-75 de ani; persoane care se presupune că au independență funcțională totală;
- *vârstnici vârstnici*, *vârstnicii cei mai în vârstă* (old-old, oldest olds): peste 75 ani; persoane care întâmpină dificultăți în a-şi menține independența funcțională.

În limba română, pentru a desemna persoana aflată la vârstele de regresie se utiliza până nu demult termenul de „bătrân" ce provine din latinescul

„veteranus” (formă intermediară „betranus” = bătrân), care desemna soldatul imperial după împlinirea vârstei până la care trebuia să aducă servicii Romei; aceste servicii erau răsplătite prin dreptul la linişte şi viață prosperă, garantate prin proprietățile agricole pe care le primeau acolo unde doreau să se stabilească. Spre deosebire de alte limbi, etimologia cuvântului în limba română desemnează atât semnificația cuvântului (referința sa la o anumită categorie de persoane) cât şi drepturile individului ajuns în această etapă a dezvoltării umane (Bucur şi Maciovan, 2003, p. 911, 913-914).

Chiar dacă în limbajul comun mai regăsim persoane ce folosesc cuvântul ”bătrân”, specialiștii utilizează și recomandă utilizarea altor termeni precum ***persoană vârstnică, vârstnic, persoană în etate, persoană în vârstă, senior, bunic*** etc., care nu se consideră denigratorii pentru această categorie de vârstă și care nu riscă să afecteze negativ stima de sine a seniorilor (denumirea ”bătrân” are şi conotații negative). În mod similar, se evită utilizarea termenilor ”vârsta a treia” (65-79 ani), ”vârsta a patra” (peste 80 ani) folosindu-se mai degrabă senectute, vârstă înaintată, bătrânețe.

Senectutea nu reprezintă o etapă omogenă de viață, ci un ciclu care se manifestă *diferențiat de la o persoană la alta* (Balogh, 2000, p. 271-272). Dacă până nu demult în statistici limita inferioară de vârstă utilizată pentru vârstnici era de 60 de ani, în prezent se folosește tot mai frecvent *limita de 65 ani* datorită creșterii vârstelor standard de pensionare în tot mai multe state ale lumii.

Prin *îmbătrânirea demografică a populației* înțelegem procesul demografic de creştere a ponderii populației vârstnice şi scădere a celei tinere, cu menținerea proporției populației adulte vreme îndelungată neschimbată (termen propus pentru prima dată de demograful francez Alfred Sauvy, 1928). *Îmbătrânirea demografică a vârstnicilor* constă în creşterea ponderii populației de peste 75 de ani ca urmare a creşterii duratei medii de viață (termen propus de M. Davies, 1986) (Bogdan, 2002, p. 128-133).

1.2. VÂRSTNICII ÎN SOCIETATE: PERCEPȚIE, ATITUDINE, STEREOTIPURI

Percepția şi atitudinea față de persoanele în vârstă ***a pendulat*** de-a lungul timpului şi în diferite spații geografice între respect, venerație (uneori până la divinizare) şi ignorare, marginalizare, ironizare. Înțelepciunea vârstnicilor a fost o noțiune aproape omniprezentă în diferite epoci istorice, înțelepciunea şi senectutea fiind cvasisinonime (Bogdan, 2002, p. 127): ″reflecția omului ajuns la bătrânețe asupra vieții individualizate, asupra încercărilor, obstacolelor mai mult sau mai puțin grele la care a fost supus şi a trebuit să facă față, ... rodul tuturor învățămintelor pe care le-a tras din desfăşurarea continuă a vieții lui şi a celorlalți, a lumii în general″ (Dindelegan şi Secui, 2004, p. 471).

Cumulul de înțelepciune și experiență (vârstnicii constituie adevărate modele de viață) a determinat comunitățile arhaice și tradiționale (caracterizate prin extensia legăturilor familiale, mortalitate crescută, speranță de viață redusă) să acorde *autoritate și respect* vârstnicilor (admirație, prețuire, prestigiu social/ poziții sociale prestigioase), oferindu-le în același timp și *protecție*. În antichitate exista așa-numitul ″sfat al bătrânilor″, organism consultativ și decizional, care avea capacitatea de a găsi soluții echilibrate şi ingenioase problemelor sau conflictelor din cadrul comunității.

Au existat însă și situații în care vârstnicii erau considerați o *povară* pentru comunitate și familie, de exemplu la eschimoși (îi părăseau în ținuturi izolate, lăsându-i pradă animalelor sălbatice) (Balogh, 2000, p. 272-273; Bogdan, 2002, p. 127; Bucur şi Maciovan, 2003, p. 908-909; Dindelegan şi Secui, 2004, p. 456).

În societatea actuală, bazată pe continuă schimbare, acumularea cunoştințelor de către oamenii în vârstă nu mai pare, din perspectiva tinerilor, un tezaur de înțelepciune, ci doar un lucru demodat (Giddens, 2001, p. 147). În societățile contemporane, bătrânețea semnifică neputință, incapacitate, boală, conservatorism, lipsă de discernământ, lipsa atractivității fizice, concepții învechite, singurătate, iritabilitate şi dependență față de alții, vârstnicii fiind considerați o *povară* pentru societate. Schimbările ce au avut loc la nivelul familiei și al societății au condus la modificarea statusului vârstnicului de la ″vârstnicii au întâietate″ la ″vârstnicii sunt de prisos″ (Balogh, 2000, p. 272-273). Cu toate acestea, în ultimii ani s-au produs *mici modificări în atitudinea față de bătrânețe*, modificări determinate de faptul că vârstnicii reprezintă un procent tot mai mare din populație și astfel au o mai mare influență politică (Giddens, 2001, p. 149; Jitcov, 2006, p. 90).

Dacă până aici ne-am centrat atenția pe percepția și atitudinea celorlalți vizavi de vârstnici, haideți să ne oprim puțin și asupra felului în care vârstnicii se autopercep. Este necesar să facem diferența între *vârsta cronologică*, cea pe care o are efectiv vârstnicul, şi ***identitatea de vârstă***, adică vârsta pe care şi-o estimează individul respectiv, modul personal de identificare a individului cu vârsta cronologică pe care o are. Identitatea de vârstă se construiește pornind de la ceea ce crede individul despre sine, dar și de la semnificațiile pe care le au ceilalți despre bătrânețe, transmise prin intermediul simbolurilor, clişeeelor, prejudecăților şi stereotipurilor colective. Sunt vârstnici care adoptă comportamente concordante cu ceea ce cred ceilalți despre bătrânețe, dar şi vârstnici care se sustrag presiunilor vârstei şi adoptă roluri active.

Percepția bătrâneții ca stare ignobilă determină un *raport invers proporțional între vârsta cronologică şi stima de sine a vârstnicului*, adică cu cât vârsta sa cronologică crește, cu atât imaginea şi stima sa de sine se deteriorează. Această devalorizare reprezintă un *factor de risc pentru starea de sănătate* a vârstnicului (Rădulescu S., 2002, p. 75-76).

Datorită faptului că societatea acordă o mare importanță tinereții, vitalității și atractivității fizice, se realizează o segregare în funcție de vârstă. Astfel vârstnicii tind să devină invizibili și sunt discriminați în tot mai multe contexte sociale. (persoanele vârstnice tind să adopte definiții negative şi să perpetueze diversele stereotipuri asociate lor, întărind credințele societale, iar tinerii se percep ca fiind foarte diferiți de cei vârstnici). *Discriminarea persoanelor în funcție de vârstă* poartă denumirea de ***ageism*** (vârstism) și este întâlnită atât la nivel individual, cât și instituțional (discriminări la angajare – cu efecte negative și asupra societății deoarece obligă vârstnicii la pasivitate, nevalorificând activismul lor restant; discriminări privind accesul la diferite servicii; nerespectarea drepturilor omului şi alte forme de marginalizare şi excludere socială) (Popa, 2000, p. 98; Bogdan, 2002, p. 133; Jitcov, 2006, p. 89, 97-98).

Din păcate vârsta a devenit un mijloc opresiv folosit în fixarea oamenilor în roluri stereotipe. ***Stereotipurile*** nu sunt altceva decât idei preconcepute pe care le putem avea, bazate pe o gândire rutinieră, deseori arbitrară, fără legătură cu indivizii sau grupurile sociale evaluate; de regulă ne formăm aceste idei preconcepute chiar înainte să luăm contact cu persoana/ grupul vizat, fără să ne bazăm pe observare directă și judecare critică reală. Prin urmare, stereotipurile sunt ”credințe despre caracteristici psihologice şi/ sau comportamentale ale unor categorii de indivizi, grupuri sociale (de sex, vârstă, etnice, religioase etc.)” (Nicolae, 1993, p. 613-614); cel mai adesea stereotipurile sunt negative, ele apar și

evoluează în funcție de vârstă. Stereotipurile nu ar trebui să influențeze negativ relaționarea sau procesul de asistare, orice situație fiind analizată obiectiv şi nu prin prisma stereotipurilor existente.

În societatea noastră există o serie de stereotipuri privind diverse categorii de vârstă, reprezentări distorsionate care sporesc dificultățile de adaptare ale indivizilor vizați:

a) Vârstnicii sunt *senili* (deteriorare psihică).
b) Vârstnicii se aseamănă, sunt *toți la fel*.
c) Vârstnicii *gândesc şi acționează la fel* (toți vârstnicii tind să fie iritabili, trişti, uituci, înceți, inactivi, încăpățânați, mai puțin prietenoşi).
d) Vârstnicii nu sunt demni de încredere, *nu* sunt persoane de care să *poți depinde* (sunt incapabili să-şi asume singuri responsabilități; ei înşişi sunt persoane dependente de alții).
e) Vârstnicii *nu pot învăța nimic nou* („Cal bătrân în buiestru"; „Câinele bătrân nu mai poate învăța trucuri noi").
f) Bătrânețea/ senectutea este o perioadă de *calm şi linişte* (vârstnicii se pot relaxa după viața zbuciumată de care au avut parte până acum; se pot bucura pe deplin de realizările vieții).
g) Senectutea este o *perioadă neproductivă* (se diminuează eficiența personală; nu mai sunt folositori societății; devin singuratici, cu mai puțini prieteni; nu au altceva de făcut decât să-și aștepte moartea).
h) Senectutea este o perioadă de *rezistență la schimbare* (rezistă la orice încercare din exterior de schimbare; trăiesc în trecut; conservatorismul lor politic susținut ilustrează lipsa lor de flexibilitate).
i) Senectutea *nu reacționează la* niciun fel de *terapie* (afecțiuni psihice ireversibile; tratamentul psihiatric este ineficient).
j) Mitul *instituționalizării* (pierd capacitatea de autoîntreținere, abandonați de copii trebuie plasați în instituții de îngrijire: cămine, centre rezidențiale).

Toate aceste stereotipuri nu au la bază un fundament real. a) Senilitatea nu apare în mod obligatoriu la o anumită vârstă cronologică. Deteriorări ale creierului precum ateroscleroza cerebrală și demența de senilitate pot să apară la orice vârstă. b) Aspectele fizice sau vizibile ale îmbătrânirii (piele zbârcită, auz mai slab, mişcări mai încete, mâini tremurânde, dificultăți de vorbire, cocoşați etc.) variază de la o persoană la alta (grad de intensitate diferit; caracteristicile individuale nu se pierd odată cu înaintarea în vârstă). c) Indiferent de vârstă, oamenii gândesc şi acționează diferit în funcție de: temperament, personalitate, nivel de sensibilitate, context, dorințe, capacități etc.. d) Unii vâstnici nu renunță la responsabilitățile lor

și reuşesc să treacă cu succes de la îndeplinirea unei sarcini la alta. Sunt activități/ locuri de muncă în care vârstnicii sunt chiar mai potriviți decât tinerii tocmai pentru că ei sunt în general mai stabili şi mai hotărâți în ceea ce fac, ce ştiu sau ce simt. e) Diferențele individuale, precum sănătatea mentală şi psihică, experiențele trăite, inteligența, personalitatea, motivațiile şi interesele fiecăruia, determină dacă o persoana poate sau nu învăța ceva nou (nu vârsta). Ceea ce diferă este poate timpul ușor mai îndelungat pentru a percepe o informație, însă aceasta este reținută mai bine și pentru o perioadă mai lungă. f) Bătrânețea este, de fapt, mai ales în România, o perioadă de stres semnificativ din pricina unor factori economici şi sociali: sărăcie, boală, izolare etc.. Acest stres conduce la depresie, anxietate, paranoia, afecțiuni psihosomatice. g) Vârstnicii, în absența bolilor și a adversității sociale, rămân implicați în relații personale și comunitare. Ei caută în continuare să aibă relații și preocupări relaxante care să-i împlinească; aceste preocupări sunt productive pentru ei înșiși și deseori și pentru comunitate. h) Rezistență la schimbare manifestăm în grade diferite fiecare dintre noi, indiferent de vârstă. Vârstnicii sunt mai deschişi la schimbare decât se recunoaşte în general, conservatorismul lor fiind uneori exagerat și interpretat greşit (concepțiile politice au la bază deseori rațiuni economice). i) Unele tulburări mentale şi emoționale ce îi afectează pe vârstnici sunt tratabile şi reversibile într-o oarecare măsură; în circumstanțe favorabile vârstnicii cu probleme psihice îşi revin sau cel puțin se fac mai bine (reacționează la psihoterapie). j) Majoritatea vârstnicilor aleg să rămână în propriile gospodării, chiar dacă sunt singuri. Serviciile de îngrijiri la domiciliu sunt preferate și preferabile în locul instituționalizării (Zaha, 2004, p. 13-15; Bogdan şi Curaj, 2006, p. 29; Jitcov, 2006, p. 92).

Fiecare dintre noi ar fi bine să *conștientizăm limitele stereotipurilor* vehiculate în societate și să nu se lăsăm influențați negativ de acestea în relaționarea cu vârstnicii, ci să respectăm deminitatea, unicitatea și autodeterminarea individului (fiecare individ este unic și valoros în felul său; fiecare are dreptul să ia propriile decizii atâta timp cât acestea nu lezează drepturile altor persoane; asistență individualizată).

1.3. MODIFICĂRI BIOLOGICE

Bătrânețea este ultima perioadă normală a ciclului vieții umane, iar boala este o stare anormală care poate întâlnită la orice grupă de vârstă, însă găsește teren mai prielnic la vârsta senectuții când modificările datorate înaintării în vârstă slăbesc organismul, îi scad rezistența şi capacitatea de adaptare. Menținerea ***sănătății fizice și mentale*** ar trebui să reprezinte o prioritate indiferent de vârstă. Dezvoltarea serviciilor de îngrijire a sănătății a condus la îmbunătățirea condițiilor generale de viață, o mai bună stare de sănătate a persoanelor vârstnice, creşterea longevității şi a mediei de vârstă înaintată.

Modificările fiziologice determinate de îmbătrânire ***nu apar*** la toți indivizii ***la aceeaşi vârstă cronologică*** sau ***în aceleaşi proporții***, ci depind de capacitățile de compensare proprii. Teoriile biologice evidențiază aceste modificări fiziologice care *pot să apară*, însă care *nu* apar în mod *obligatoriu*:

- *sistem tegumentar*: pigmentarea, ***ridarea pielii***, ***căderea părului*** (alopecie) şi albirea lui (acromotrichie);
- *sistem muscular și osos*: vârstnicii au nevoie de o perioadă mai lungă de timp pentru a se mişca sau pentru a începe o mişcare; ***dimensiunea şi forța musculară*** se deteriorează odată cu înaintarea în vârstă (slăbirea țesutului muscular, reducerea masei musculare datorită diminuării activităților în care sunt implicați și schimbărilor din țesuturile de legătură din vecinătatea muşchilor); atrofierea, decalcifierea, demineralizarea oaselor şi deformarea scheletului (osteoporoza şi osteoscleroza); ***scăderea masei osoase*** se manifestă prin presiuni mari în zonele osoase ce susțin o greutate mai mare, ceea ce poate duce la fracturi; ***pierderea elasticității*** anumitor formațiuni osoase şi tendoane care, împreună cu depozite disproporționate de grăsime, determină ***modificări de ținută şi postură*** precum şi dependența confortului fizic de poziția adoptată; exercițiile de mers și ocupațiile nesedentare pot preveni sau îmbunătăți aceste deteriorări;
- *sistem circulator*: degradarea, scăderea capacității de funcționare a unor organe vitale: inimă, plămâni, ficat, rinichi, glande endocrine etc.; în perioada adultă ***bătăile inimii*** sunt de aproximativ 72 pe minut, după 55 de ani acestea devin mai slabe şi neregulate; ***ateroscleroza*** – acumularea lipidelor pe pereții vasculari;
- *sistem nervos*: reducerea numărului de ***neuroni*** şi a conexiunilor nervoase; ***timpul de reacție*** creşte odată cu vârsta; ***reducerea vitezei de execuție*** a anumitor acțiuni de la cele simple, precum apăsarea unui buton, până la

cele complexe, scriere, dactilografiere etc.; boala Alzheimer, boala Parkinson; pierderea neuronilor poate fi influențată pozitiv prin provocarea intelectului, prin exerciții mentale: citit, jocuri specifice etc.;

- *sistem respirator*: respirația devine superficială după 45 de ani ceea ce face ca în plămâni să rămână aer rezidual şi să se reducă ***nivelul de oxigenare*** a sângelui şi implicit al țesuturilor şi organelor;
- *sistem digestiv*: scăderea secrețiilor salivare şi a ***secrețiilor*** implicate în sucul gastric; ***pancreasul***, care este antrenat prin secrețiile sale în digestie, îşi reduce lent activitatea, fapt pentru care grăsimile sunt mai prost utilizate; ***ficatul*** e mai puțin afectat de vârstă, dar devine sensibil la boli şi scade în mărime;
- *sistem reproducător*: modificări hormonale, ***andropauză*** – bărbați şi ***menopauză*** – femei (Balogh, 2000, p. 275; Rădulescu S., 2002, p. 64; Bucur şi Maciovan, 2003, p. 915; Gal, 2003, p. 117-118).

Deprinderile nesănătoase, precum consumul abuziv de alcool, sedentarismul, alimentația defectuoasă, și accesul deficitar la servicii medicale de prevenție sau intervenție precoce, din rațiuni financiare sau ageism, favorizează proliferarea ***îmbolnăvirilor*** în rândul vârstnicilor. Cu toate acestea, întâlnim vârstnici care se bucură de o bună stare de sănătate şi care ajung să atingă vârste înaintate (Bogdan şi Curaj, 2005, p. 1-2).

Vulnerabilitatea la îmbolnăviri creşte odată cu înaintarea în vârstă, bolile fiind contactate mai uşor, iar vindecarea fiind mai îndelungată şi mai greoaie. Constatăm că vârstnicii suferă de regulă *concomitent* de *mai multe boli* (4-5 boli, în medie) – polipatologie, fapt care influențează calitatea vieții, necesarul de servicii medicale și costurile acestora, riscurile de complicații, *dependența* (stare a unei persoane care îi condiționează supraviețuirea de ajutorul, îngrijirea din partea unei alte persoane, inclusiv pentru activitățile vieții zilnice).

Seniorii se confruntă adesea cu boli care se cronicizează (*boli cronice*), adică au o durată lungă de evoluție (exemple: ateroscleroză, osteoporoză, diabet, boli instalate în continuarea unor boli acute). Creșterea morbidității („indicator care măsoară frecvența cazurilor de îmbolnăvire nou înregistrate, într-un anumit teritoriu şi o anumită perioadă, de către dispensare, raportate la numărul mediu al populației", Novak, 1993, p. 733) pentru bolile cronice la vârstnici impune costuri medicale ridicate și, prin urmare, insistăm cu măsurile de prevenție.

O altă problemă care se ridică în cazul vârstnicilor este *agravarea bolilor cronice* şi *apariția complicațiilor* datorită scăderii capacității de apărare a

organismului, asocierii îmbolnăvirilor diferitelor aparate şi sisteme, apariției dificultăților terapeutice ce țin de toleranța mai scăzută la medicamente.

Destul de frecvent *vindecarea*, în cazul vârstnicilor, se realizează *cu sechele* / defecte, adică persistă un deficit, o capacitate funcțională este diminuată și vorbim despre așa-numita infirmitate/ deficiență. Aceasta conduce însă la dizabilitate şi handicap (Bogdan şi Curaj, 2005, p. 5-7).

INFIRMITATE sau **DEFICIENȚĂ**

orice pierdere, anomalie sau dereglare a unei structuri sau a unei funcții anatomice, fiziologice ori psihologice



INCAPACITATE, **INVALIDITATE** sau **DIZABILITATE**

rezultatul deficienței sau infirmității prin pierderea sau reducerea aptitudinii de a desfăşura activități în condiții considerate normale



HANDICAP

orice dezavantaj de care suferă un anumit individ ca urmare a unei infirmități sau incapacități şi care împiedică social individul în raporturile sale cu ceilalți indivizi

Sursa: Manea, 1995, p. 191-192

Figura 1. ***Distincția și conexiunea dintre deficiență, dizabilitate și handicap***

Degradarea în timp a sistemului nervos, consecințele bolilor organice, cumulul de elemente stresante, experiențele emoționale negative etc. determină ca la vârsta senectuții *bolile somatice* să fie *asociate cu cele psihice*.

Comparativ cu alte grupe de vârstă, seniorii înregistrează o rată de *mortalitate ridicată*. Femeile tind să aibă o durată de viață mai lungă decât bărbații. Se apelează adesea la *asistența paleativă*, model de îngrijire adaptat celor aflați în pragul morții, fără speranțe de vindecare, care urmăreşte să reducă durerea, să atenueze suferințele şi să asigure un suport moral (Bogdan şi Curaj, 2005, p. 5-7).

Bolile cu care se confruntă frecvent vârstnicii și care necesită a fi prevenite (implicând astfel costuri mult mai mici) sunt:

- *osteoporoză*: boală a țesutului osos ce constă în slăbirea rezistenței osului prin rarefiere datorită pierderii de masă osoasă şi fragilizării acesteia; factori de risc: vârsta înaintată, sexul (mai frecvent la femei după

menopauză), alimentația săracă în calciu şi vitamine, sedentarismul, unele medicamente, fumatul, consumul abuziv de alcool; dincolo de dureri şi dizabilități osteoporoza poate conduce la *fracturi*, complicații care pot merge până la *imobilizare la pat* (fracturi ale vertebrelor, ale extremității inferioare a antebrațului, fracturi de şold); posibilitățile de refacere a osului şi de recuperare funcțională se reduc odată cu înaintarea în vârstă;

- *reumatism cronic poliartrozic deformant*, *poliartrită reumatoidă*, *anchiloze*: toate se referă la îmbolnăviri ale articulațiilor cu etiologie mixtă şi la afecțiuni ale muşchilor, cronice şi progresiv evolutive;
- *ateroscleroză*: boală ce presupune acumularea lipidelor pe pereții vaselor de sânge; principala cauză a mortalității la vârstnici; forme: hipertensiunea arterială, cardiopatia ischemică şi complicația sa cea mai gravă infarctul miocardic, accidentul vascular cerebral, arteritele membrelor inferioare, demența vasculară aterosclerotică; factori de risc: vârsta înaintată, creşterea nivelului colesterolului peste anumite limite, ereditatea, hipertensiunea arterială, obezitatea, diabetul zaharat, sedentarismul, fumatul, stresul;
- *accidente vasculare cerebrale*: afecțiuni neuro-vasculare (leziunile neurologice pot produce perturbări motorii, psihice, senzoriale, de limbaj etc. și sunt o consecință a perturbărilor circulației sângelui); se produc, cel mai frecvent, prin astuparea unui vas de sânge (infarct cerebral); faza cronică a bolii este însoțită de manifestări precum hemipareză, hemiplegie, tulburări de vorbire şi de înțelegere (afazie), tulburări de deglutiție (înghițire), incontinență urinară, depresie şi alte tulburări psihice, deficit mnezic; importanța prevenirii recidivelor;
- *obezitate*: poate genera numeroase complicații cardiovasculare, metabolice, locomotorii şi respiratorii; cauze: supraalimentație, sedentarism, stres, traume psihice; incidența creşte după 40-50 de ani şi în special la femei după menopauză; se apreciază că, prin complicațiile pe care le dezvoltă, obezitatea scurtează durata vieții în medie cu 8-10 ani;
- *denutriție*: consecință a subalimentației ce conduce la un dezechilibru metabolic; mai frecvent întâlnită la vârstnici decât obezitatea datorită unor cauze economice, sociale, culturale şi medicale;
- *stare de deshidratare*: reprezintă un risc vital pentru persoana vârstnică al cărei organism este foarte sensibil în cazul insuficienței lichidelor şi a electroliților (clor, natriu/sodiu, potasiu); cauze: insuficiența aportului de lichide; pierderi exagerate de lichide prin transpirație, vărsături, diaree, lichide care nu sunt înlocuite; scăderea senzației de sete la marii vârstnici;

- *diabet zaharat*: carența absolută sau relativă a insulinei, hormon secretat de pancreas care controlează nivelul glicemiei din sânge; pe parcursul evoluției sale această boală este însoțită de numeroase şi grave complicații cardiovasculare, cerebrale, renale, oculare şi infecțioase; prezența diabetului zaharat este un factor de agravare a evoluției pentru toate celelalte boli cronice şi ale bătrâneții, prin urmare, impactul social este amplu şi multiplu;
- *cancer*: poate să apară la orice vârstă, dar mai frecvent la vârstnici; la persoanele vârstnice evoluția sa este agravată de celelalte afecțiuni asociate, tratamentul chirurgical putând prezenta anumite riscuri, iar tratamentele medicamentoase fiind greu tolerate de organismul îmbătrânit; în consecință, depistare precoce și dezvoltare îngrijiri paleative;
- *sindroame funcționale*: sindroame nutriționale (obezitate, malnutriție protein-calorică, pierdere în greutate, refuz alimentar, deshidratare, incontinență urinară, constipație şi fecalom, incontinență fecală), sindroame cognitive (demență, delir), sindroame afective (anxietate, depresie, suicid, paranoia, halucinații), tulburări de somn, comportament contradictoriu, mobilitate (tulburări de mers, căderi), escare de decubit, probleme sexuale asociate îmbătrânirii (Bogdan şi Curaj, 2005, p. 8-48);
- *demențe*: afecțiuni severe, nevindecabile, ce constau în tulburarea a două sau mai multe funcții intelectuale sau cognitive în pofida unei stări de conştiență intacte; frecvența acestora creşte odată cu vârsta; ele debutează de obicei cu tulburări de memorie, la care se adaugă în timp tulburări ale orientării în timp şi spațiu, scăderea nivelului intelectual, reducerea capacității de învățare, lentoarea proceselor de gândire şi decizie, diminuarea atenției; demența poate fi determinată de accidentele vasculare cerebrale sau de boala ***Alzheimer***, boală degenerativă care atacă creierul rezultând o tulburare a memoriei, gândirii şi comportamentului (Oros şi Vlăduț, 2001, p. 115-120); ***Parkinson*** este o boală neurologică degenerativă care se manifestă prin deteriorarea mişcărilor, rigiditatea feței, vocea mai greu inteligibilă, tremurături caracteristice mâinilor şi picioarelor, confuzie şi depresie (Paşcanu, 2003, p. 66);
- *delir*: tulburare cognitivă globală, tulburarea atenției, reducerea nivelului conştiinței, reducerea sau creşterea activității psihomotorii, dezorganizarea ciclului veghe-somn, debut brusc, evoluție fluctuantă şi durată relativ scurtă; este adesea simptomul de prezentare a unor boli fizice serioase sau al unor intoxicații medicamentoase;

- *anxietate*: persistența mai mult de 6 luni a următoarelor simptome: tensiune motorie, hiperactivitate autonomă, teamă şi precauție;
- *depresie*: apare ca un răspuns psihofiziologic la un stres cronic, de nerezolvat, şi se manifestă prin tristețe persistentă, sentimente de descurajare, griji excesive, agitație, simptome de durere, insomnii, oboseală, lipsa poftei de mâncare;
- *suicid*: factori de risc: sexul masculin, prezența durerii sau a unei boli fizice invalidante, singurătatea, depresia, doliul, alte încercări anterioare sau boli psihice (Bogdan şi Curaj, 2005, p. 30-34);
- *paranoia*: o psihoză cronică endogenă, caracterizată prin evoluția unui delir sistematizat durabil, impenetrabil la critică, cu păstrarea completă a ordinii şi clarității gândirii, acțiunii şi voinței; evoluția acestei afecțiuni este cronică, iar rezultatele terapiei sunt în general modeste în sensul că se poate obține o oarecare remisiune, mai mult sau mai puțin durabilă;
- *halucinații*: tulburări calitative ale senzorialității; percepția unor excitanți obiectivi determină apariția unor percepții false; bolnavii cu halucinații psihice au impresia că aud voci în capul lor sau că văd anumite scene cu „ochii minții” (Oros şi Vlăduț, 2001, p. 6-8, 85-88).

Întotdeauna costurile financiare și umane ale combaterii unei probleme de sănătate sunt mult mai ridicate decât costurile prevenirii. *Prevenția primară*, adică evitarea sau amânarea apariției bolilor şi a complicațiilor lor, se adresează în special bolilor cardiovasculare, cancerului, accidentelor, bolilor pulmonare cronice, osteoporozei, bolilor infecțioase. *Prevenția secundară* îşi propune să detecteze cât mai devreme bolile pentru a îmbunătăți rezultatele tratamentului, iar *prevenția terțiară* se referă la tratamentul stărilor cronice în scopul evitării sau amânării complicațiilor (Bogdan şi Curaj, 2005, p. 48-50).

1.4. MODIFICĂRI PSIHOLOGICE

Un rol important în viața oricărui individ îl are modul de trai echilibrat sau dezordonat, măsura în care a reușit să contracareze factorii de stres și să se realizeze profesional. Procesul de îmbătrânire individuală este, de regulă, accelerat de: prezența unor boli fizice sau psihice, sentimentul de nesiguranță, lipsa unei persoane cu care să comunice, alimentația precară, și este încetinit dacă există o stare bună de sănătate și un mod de gândire pozitiv. ***Îmbătrânirea psihologică firească***: diferă semnificativ de la o persoană la alta şi de la o funcție la alta în cazul aceleiaşi persoane; depinde de particularitățile genetice, somatice, morale sau sociale ale persoanei vârstnice; presupune deficiențe care au evoluție neliniară datorită îmbunătățirilor compensatorii diferite de la un individ la altul (Bogdan, 2004, p. 124).

Pe parcursul înaintării în vârstă pot să apară deteriorări ale proceselor ***senzoriale***. În ceea ce privește *vederea* vârstnicii se pot confrunta cu următoarele probleme: dificultatea de a vedea obiecte foarte apropiate datorită scăderii capacității de funcționare a cristalinului (slăbirea vederii); adaptarea greoaie la modificările de lumină; diminuarea capacității de discriminare a nuanțelor de culori (câmpul vizual cromatic); boli degenerative ale ochiului precum glaucom, cataractă, dezlipire de retină. Unele aspecte pot fi corectate prin utilizarea ochelarilor, picături oftalmice, intervenție chirurgicală, însă sunt și aspecte, deteriorări care nu pot fi ajustate, motiv pentru care se încurajează prevenția sau depistarea precoce. *Auzul* se degradează începând cu viața adultă și, de regulă, apar dificultăți în perceperea frecvențelor înalte. Sclerozarea urechii interne duce la surditate. După 50 de ani pot să apară modificări ale simțului *tactil*: scăderea sensibilității la durere, la cald-rece. Simțul vibratil se păstrează deoarece terminațiile nervoase receptoare se află în profunzimea pielii.

În privința funcționării ***cognitive***, vârstnicii *nu sunt mai puțin inteligenți* decât tinerii, ci doar au un *timp de reacție mai îndelungat*, fapt care afectează abilitățile ce necesită viteză, activitate psihică sau memorie imediată. Un vârstnic *nu gândeşte mai puțin* decât un adult, ci *diferența constă în preocupări, în ce şi cum gândeşte*. Datorită schimbărilor cognitive care apar este necesar ca *informațiile noi* să fie *prezentate mai rar*, *încet* şi să fie *repetate*. Având în vedere faptul că vârstnicii pot să povestească, cu lux de amănunte uneori, evenimente din trecutul îndepărtat sau să recite o poezie învățată în tinerețe, însă par să aibă dificultăți în a-și aminti ce au făcut ieri, putem spune că *memoria de scurtă durată* tinde să fie afectată mai degrabă decât memoria de lungă durată. Putem asista la diminuarea capacității de

concentrare (*lentoarea atenției*), la *reducerea spontaneității*, *flexibilității gândirii* şi apariția tulburărilor de adaptare rapidă şi a stereotipiilor. Fluxul și ritmul verbal pot să scadă, vârstnicul având o exprimare anevoioasă, incorectă, cu repetări.

Din punctul de vedere al structurilor ***afective***, odată cu înaintarea în vârstă devenim *mai emotivi*, mai *irascibili*, *frustrați* și *anxioși*. Apar sentimente de devalorizare (inutilitate), tendințe de izolare, chiar tendințe suicidare. Uneori se manifestă *hipertrofierea sinelui* datorită raportării la propria persoană a tuturor faptelor. În forma sa gravă, apare sindromul de depersonalizare, care presupune pierderea identității personale, individul comportându-se ca şi când nu-şi aparține, are emoții reci şi lipsite de vioiciune, are impresia că lucrurile se desfăşoară ca într-un vis şi îi este inhibată latura comunicațională. Destul de frecvent întâlnim la vârstnici stări *depresive* (tristețe persistentă, descurajare, griji excesive pentru situația financiară sau sănătate, accese de plâns, schimbări în greutate, agitație, somn dificil, incapacitate de concentrare şi simptome de durere) legate mai ales de ideea morții și regretul pentru perioadele fericite din viața lor. Deseori pierderea partenerului de viață determină depresia vârstnicului, iar intervenția de specialitate are un rol esențial (Balogh, 2000, p. 276-278; Rădulescu S., 2002, p. 64-65; Bucur şi Maciovan, 2003, p. 916-917; Bogdan şi Curaj, 2006, p.24).

Modificările psihice cantitative și calitative conduc la ***restructurarea personalității vârstnicului***, restructurare ce poate presupune *rezistență la schimbare*, tendințe de *izolare*, *remotivarea* vieții şi a tuturor acțiunilor, preocupări de *bilanț*, *neîncredere în forțele proprii*, *egoism*, *avariție*, preocupări în ceea ce priveşte moartea. *Grijile* individului ajuns la vârsta pensionării se centrează pe: continua îmbătrânire, singurătate, suferințele datorate bolii sau sărăciei, moarte, părăsirea sau internarea într-un cămin (Paşcanu, 2003, p. 18; Gîrleanu-Şoitu, 2006, p. 37).

Atitudinea vârstnicilor *vizavi de propria situație existențială* variază de la un individ la altul: unii se simt dezarmați, copleșiți, alții neagă intenționat deficitul ei, refuzând să accepte, precum întâlnim și alții care privesc constructiv întreaga situație și care vin cu idei chiar năstruşnice, la care poate un tânăr nu s-ar fi gândit. La vârsta senectuții se accentuează unele trăsături de personalitate care până acum erau mai mult sau mai puțin controlate (Bogdan, 2004, p. 126-127). Distingem şapte posibile *reacții* pe care persoanele vârstnice le pot avea ca urmare a pierderilor suferite, reacții la îmbătrânire:

- ***şoc***: neagă realitatea în locul conştientizării pierderilor suferite (plecarea ultimului copil de acasă, pensionarea, scăderea veniturilor, boli cronice, moartea partenerului de viață etc.);

- ***dezorientare***: nu reuşesc să facă faţă experienţelor din această perioadă şi au dificultăți în a lua decizii (este bine să nu îi forțăm să ia decizii deoarece pot fi iraționale și nu în beneficiul lor); uită unde-şi pun lucrurile sau confundă anumite evenimente;
- ***sentimente schimbătoare***: sentimente de nedreptate și mânie vizavi de situaţiile experimentate (pensionarea, plecarea ultimului copil etc.);
- ***vină*** în raport cu trecutul (nu au petrecut suficient timp cu copiii lor, nu au acordat suficientă atenție partenerului de viață etc.);
- ***singurătate***: apare atunci când nevoia de companie nu poate fi asigurată suficient din diverse motive, obiective sau subiective;
- ***uşurare***: excluderea stresului de la serviciu; posibilitatea de a face anumite activităţi relaxante (pictură, pescuit, lectură etc.);
- ***restabilire (reînnoire)***: acceptarea situației în care se află și acționarea în funcţie de propriile nevoi şi dorinţe, cu menținerea stimei de sine (oportunitățile sunt deschise și acum; dețin în continuare dreptul de a alege cu privire la propria viață) (Kavanaugh, 1974).

Prin urmare, acomodarea individului la schimbările şi evenimentele care marchează această etapă a vieţii depinde de ***capacitățile sale adaptative***. Intervenţia asistentului social ar trebui să se centreze pe acei vârstnici ale căror capacităţi adaptative sunt reduse, pentru a evita transformarea unei probleme individuale într-o problemă socială (boli, alcoolism, sinucidere, vagabondaj), ce implică resurse şi eforturi suplimentare (Rădulescu S., 2002, p. 65-66).

1.5. MODIFICĂRI SOCIALE

Factorii sociali și situaționali influențează aspectele biologice și psihologice ale îmbătrânirii, motiv pentru care schimbările de rol din această perioadă, poziția pe care individul o ocupă în structura societății afectează personalitatea acestuia. Vârstnicii suferă o serie de ***modificări privind rolurile*** lor: pensionar, voluntar, bunic, văduv. Prin rolurile sociale pe care un individ le are conform statusurilor sale putem cunoaște regulile şi responsabilitățile pe care respectivul individ trebuie să le îndeplinească, ansamblul de comportamente pe care ceilalți le aşteaptă în mod legitim de la el.

Din punct de vedere social, bătrânețea reprezintă *dezangajarea din rolurile sociale active, retragerea din activitatea profesională şi adoptarea altor roluri, dintre care unele cu caracter pasiv, de dependență, iar altele cu caracter activ, compensator* (Rădulescu S., 1994, p. 124). Astfel vârstnicul exercită ”roluri sociale cu caracter inedit”, asumându-și sarcini noi de dezvoltare (Balogh, 2000, p. 278). În ce măsură reușeste vârstnicul să se adapteze la procesul de îmbătrânire influențează acceptarea schimbărilor tipice de rol. Înaintarea în vârstă presupune mai degrabă pierderea unor roluri (soț, persoană activă), decât achiziționarea altora noi, presupune pierderea consistenței unor roluri precum cel de părinte, care îşi pierde din conținut. În societatea noastră, datorită confuziei în ceea ce priveşte *expectanțele de rol* (pe de o parte, se aşteaptă din partea vârstnicilor dinamism, activitate, pe de altă parte, se recunoaşte neputința), persoanele vârstnice nu se simt încurajate să realizeze noi roluri sau nu le găsesc adecvate lor. Vârstnicii trebuie să se adapteze discontinuității dintre solicitările de la locul de muncă anterior şi cele apărute după pensionare (Gîrleanu-Şoitu, 2004, p. 173-174).

1.5.1. Paradigme socio-umane privind senectutea

În științele socio-umane, bătrânețea este interpretată prin prisma a trei paradigme:

a) Paradigma funcționalistă: delimitează strict rolurile sociale în funcție de „vârsta funcțională”, adică în funcție de capacitatea de exercitare a acestor roluri; distribuția rolurilor sociale în raport cu vârsta funcțională prezintă atât avantaje (excluderea vârstnicilor din activitate vacantează locuri de muncă) cât şi dezavantaje funcționale pentru societate (pierderea forței de muncă experimentată, care ajunge să fie exclusă, marginalizată; apar probleme sociale: accentuarea stării de dependență a vârstnicilor, deteriorarea stării lor de sănătate, tendințele de suicid, alcoolismul etc.).

Teoria dezangajării vede bătrânețea ca o retragere progresivă, o stare de dezangajare socială, de scădere a valorii şi utilității sociale a vârstnicului, ca urmare a pensionării. *Teoria activismului* privește îmbătrânirea ca o problemă socială individuală și apreciază că o bătrânețe fără probleme presupune asumarea în continuare a unor roluri sociale active, implicarea în activități substitutive, care să-l împlinească ca persoană și să-i ofere șansa de a lega noi prietenii.

Această tranziție şi ajustările pe care le presupune necesită a fi văzută de către *asistentul social*, și nu numai, ca o „dezvoltare", ca o continuare structurală a personalității, recunoscând prezența mai multor tipuri de personalități precum se întâmplă în adolescență. Nu există un patern anume al îmbătrânirii „cu succes", găsim persoane aparent inactive şi totuşi satisfăcute de viața lor, importantă fiind nu cantitatea, ci calitatea activităților şi relațiilor. Indiferent de situație, pentru a asigura satisfacția şi sănătatea vârstnicului trebuie *încurajată implicarea* acestuia *în anumite activități ce corespund dorințelor, intereselor şi capacităților individuale*. Ajutorul şi suportul oferit de comunitate sau de serviciile sociale trebuie să țină seama de modul în care se adaptează fiecare individ şi de particularitățile sale de personalitate. Prin politicile sociale actuale se urmăreşte înlăturarea stării de dependență a vârstnicilor.

Ca orice teorie, are și aceasta limitările sale: accentul pe aspectul static în defavoarea celui dinamic; exagerarea conformării indivizilor cu rolul social asociat vârstei; reducerea schimbării la succesiunea rolurilor şi pozițiilor sociale în cursul vieții; exagerarea rolului „echilibrului" în societate, deraierea din rolurile sociale atribuite indivizilor din fiecare strat de vârstă fiind privită ca o disfuncție și este sancționată de societate (Balogh, 2000, p. 278; Rădulescu S., 2002, p. 66-68; Secui, 2004, p. 477-479).

b) Paradigma conflictualistă (conflictului): subliniază competiția existentă între diferite categorii de vârstă pentru obținerea unor locuri de muncă, retragerea din activitate fiind obligatorie la o anumită etate pentru asigurarea dinamicii sociale; prin urmare, vârsta determină individul să ia poziții sociale clar stabilite de societate, inegale, stimulate material diferențiat, inechitabil. Se consideră că vârstnicii sunt o povară, ei exercitând presiune asupra populației de vârstă activă, fapt ce restrânge prestigiul și autoritatea seniorilor.

Ageismul se manifestă atât *la nivel informal*, cât şi *instituțional* și contribuie la generarea unor probleme sociale: creşterea dependenței vârstnicilor (invertire generațională), scăderea standardelor de viață ale acestei categorii de vârstă, amplificarea abuzurilor asupra seniorilor, creşterea anxietății, izolării şi singurătății vârstnicilor, elemente ce pot conduce la sinucidere.

Deficiențele paradigmei constau în: conflictul între generații se consideră natural şi inevitabil; primează interesele generațiilor, fapt ce generează tensiuni sociale (Giddens, 2001, p. 149; Rădulescu S., 2002, p. 69-70; Simion, 2004, p. 9-10).

c) Paradigma interacționistă (interacționism simbolic): vârsta este o identitate ale cărei semnificații se negociază și se construiesc în procesul de interacțiune socială. Identitatea vârstnicului este rezultatul combinării imaginii de sine a acestuia (ce gândeşte el despre el însuşi) cu imaginea celorlalți (ce gândesc alții despre el) / expectanțele de rol existente (depind de normele nescrise ale societății, de valorile şi stereotipurile vehiculate privind conduita aşteptată).

Există vârstnici care se sustrag acestei identități construite prin socializare şi interacțiune socială, *identitate virtuală*, și aleg o *identitate reală*, acționând diferit de așteptările celorlalți, fiind ei înșiși, cu încredere în forțele proprii (asta depinde de starea de sănătate a individului).

Pentru *asistentul social*, și nu numai, această paradigmă relevă rolul prejudecăților și stereotipurilor în perceperea statusurilor de vârstă ale indivizilor. Prin urmare, pot fi modificate atât nevoile și dorințele individului (decizia individuală de a obține o satisfacție în muncă, nu neapărat o plată), cât și constrângerile de mediu (eliminarea discriminării pe bază de vârstă în cazul angajării) (Rădulescu S., 2002, p. 70-73; Gîrleanu-Şoitu, 2004, p. 186). Dacă funcționaliștii atribuie vârstnicilor anumite statusuri (pensionar, soț, tată, bunic, prieten etc.) și roluri sociale (retragerea din rolurile sociale active, îngrijirea mai frecventă a stării de sănătate, plimbarea nepoților în parc, o cumpătare mai mare manifestată față de diversele aspecte incitante ale vieții etc.), interacționiștii leagă strâns aceste roluri de aşteptările celorlați vizavi de statusul de vârstnic (dependență, necesitatea frecventării serviciilor medicale etc.). Dincolo de acest fapt, individul, din poziția sa de vârstnic, are propriile sale aspirații și așteptări față de ceilalți. De toate aceste elemente este necesar să ținem cont fiecare dintre noi.

1.5.2. Probleme sociale cu care se confruntă vârstnicii

Conceptul ***problemă socială*** presupune prezența unui *element problematic* (aspect, caracteristică, situație, proces social), care este *conștientizat* de către membrii comunității, pe care societatea sau un subsistem al ei apreciază că necesită a fi schimbat (Zamfir C., 1977, p. 47). Pentru ca o situație să fie considerată într-adevăr problemă socială este necesar ca aceasta, dincolo de starea de indezirabilitate (este o sursă de dificultăți), să fie cauzată de acțiunea oamenilor sau a societății și *să*

afecteze un număr mare de persoane (Farley, 1992 – apud Dan, 2002, p. 667-675). Problemele sociale pot fi atât *stări negative*, factori ce afectează negativ funcționarea societății și condiția umană, cât și *stări pozitive*, precum apariția unor oportunități de dezvoltare, ce necesită identificarea modalităților de fructificare a respectivelor oportunități (Zamfir C., 2006, p. 16-17).

Problemele sociale ale vârstnicilor sunt determinate, pe de o parte, de condițiile în care trăiesc şi, pe de altă parte, de atitudinea societății reflectată în facilitățile oferite acestei categorii de vârstă.

Există o serie de ***condiții/ factori*** care determină considerarea persoanelor vârstnice grup social vulnerabil, adică în risc de a-și pierde capacitatea de satisfacere a nevoilor zilnice de trai:

- diminuarea prestigiului vârstnicilor în societate (reprezentarea socială actuală a bătrâneții);
- discriminarea pe criterii de vârstă (ageism), gen, etnie, rasă;
- modificările structurale ale modelelor familiale (fragmentarea familiilor);
- singurătatea şi izolarea socială (sinuciderea);
- condițiile de locuire;
- pierderea statutului de angajat (statusul în declin);
- scăderea resurselor financiare (situația economică);
- sărăcia (starea de lipsă permanentă a resurselor necesare asigurării unui mod de viață considerat decent, acceptabil la nivelul unei comunități);
- excluziunea socială;
- starea de sănătate fizică şi psihică; malnutriția;
- dificultățile de deplasare;
- dizabilitățile și handicapul;
- dependența;
- abuzul;
- accesul la prestații (sprijin financiar sau în natură) și servicii de asistență socială și medicale (absența unor măsuri de sănătate publică) adecvate nevoilor existente etc. (Meyer, 1986, p. 126-128; Zamfir E., 1995, p. 34).

Din grupul vârstnicilor mai expuși problemelor sociale par să fie cei care îndeplinesc următoarele condiții: au *peste 85* de ani, trăiesc *singuri*, sunt *femei* în vârstă, sunt *fără copii*, au *afecțiuni* sau handicap grav, sunt cuplu în vârstă în care *unul este grav bolnav*, trăiesc din *indemnizația socială pentru pensionari* (denumire veche: pensie socială minimă garantată), beneficiază de îngrijire *rezidențială* (Bogdan, 2002, p. 131; Bălaşa, 2003, p. 95-96; Bălaşa, 2004, p. 131).

Față de această categorie de vârstă ***atitudinea societății*** se reflectă în complexul de servicii și prestații sociale destinate acestora, măsuri prin care se urmărește menținerea independenței vârstnicului, implicarea sa în viața socială, adaptarea la schimbare, conservarea stimei de sine:

- prestații sociale: *pensii*, ajutor social (venit minim garantat), gratuități sau subvenții (reducerea taxelor);
- servicii care vizează: *hrana* (educație nutrițională, cantină socială, hrană dusă la domiciliu); *sănătatea* (educație sanitară, medicină de familie, îngrijiri medicale la domiciliu, spitalizare); *rezidența* (supraveghere, locuire independentă asistată, îngrijire la domiciliu, îngrijire rezidențială); *protecția* (acces la informație, informare și consiliere primară, consiliere psihologică, consiliere juridică, telverde, vizite la domiciliu, grupuri de întrajutorare); *transportul*; *educația* (autoîngrijire, ocuparea unui loc de muncă, activități voluntare, educație continuă); *locul de muncă* (bază de date cu locurile de muncă disponibile vârstnicilor, bursa locurilor de muncă pentru vârstnici) (Farcaş, 1995, p. 191-193).

Seniorii se confruntă cu următoarele **probleme sociale**:

a. pierderea poziției și rolului jucat în propria familie și în comunitate (problemă socială definită ca stare negativă); vârstnicii reprezintă o ***resursă umană prețioasă*** în domeniul economic, social dar şi în ceea ce priveşte transmiterea patrimoniului cultural (problemă socială definită ca stare pozitivă) (Gal, 2003).

b. scăderea capacității de adaptare socială: o serie de factori intrinseci (individuali, personali, proprii) sau extrinseci (din exteriorul persoanei vârstnice) determină reducerea capacităților de adaptare socială a vârstnicilor.

c. schimbarea rolului și structurii familiei și a sistemului mutual de întrajutorare (în societățile tradiționale, persoanele vârstnice sau bolnave erau îngrijite în cadrul familiei; în timp, numărul mai redus de membri ai familiei, distanța dintre aceștia sau implicarea mai mare a femeilor pe piața muncii au redus potențialul de îngrijire a vârstnicilor de către propria familie; relațiile între membrii familiei din generații diferite s-au modificat, relativa independență a vârstnicilor față de descendenții lor fiind însoțită şi de efecte nedorite precum izolarea, abandonul sau instituționalizarea) (Voinea, 2003, p. 158-160; Arvinte şi Vladu, 2005, p. 108; Rotariu, 2006, p. 7-15):

- ***îndepărtarea de copii***: de-coabitarea – separarea locuinței tinerilor de cea a vârstnicilor; mutarea copiilor în străinătate; abandon; abuz. Prin toate acestea vârstnicii sunt privați de un eventual ajutor și de afecțiunea propriilor copii, ceea ce îi face mai vulnerabili.

- ***pierderea partenerului de viață***: separare, divorț, deces. Singurătatea vârstnicului, lipsa de companie, determină o serie de probleme individuale și sociale (Bogdan, 2002, p. 132-133; Bogdan, 2004, p. 122).
- ***existența a patru generații într-o familie*** poate asigura un transfer mai uşor și mai profund de experiență și cunoştințe; din acest punct de vedere problema socială numită îmbătrânire demografică este o stare pozitivă, o oportunitate care poate fi valorificată, dacă se doreşte în mod real (Comisia Națională pentru Populație şi Dezvoltare, 2006, p. 4).

Cu toate că asistența familiei joacă un rol deosebit pentru vârstnic, în prezent s-a accentuat dependența seniorilor de sursele non-familiale de venit. Prin urmare, se impune promovarea și susținerea unei responsabilități mixte, atât din partea familiei, cât şi din partea sistemului public de protecție socială. Ambele sisteme de sprijin necesită a fi susținute şi dezvoltate deoarece complementaritatea lor se modifică în timp şi în funcție de situația socio-economică.

d. schimbarea rezidenței: mutarea; pierderea locuinței; înstrăinarea bunurilor (locuinței) în scopul întreținerii și îngrijirii; instituționalizare; spitalizare.

e. dependența, adică pierderea autonomiei individuale (a depinde de alții) (Bogdan, 2002, p. 132-133; Bogdan, 2004, p. 122).

f. sărăcia, adică indivizii nu dispun de resurse suficiente pentru: alimentație și îmbrăcăminte adecvată; condiții de igienă elementară; condiții decente de locuit; dreptul de a decide privind propria viață; îngrijiri medicale și sociale corespunzătoare nevoilor individuale; medicamente de strictă necesitate; participare activă la viața publică, socială şi culturală (Pop şi Teşliuc, 2001, p. 32, 40-41; Zamfir, Postill şi Stan, 2001, p. 5, 9; Stanciu C., 2005, p. 58; Stanciu M., 2020, p. 316). În acest context discutăm despre diminuarea veniturilor odată cu pensionarea și apariția riscului de pierdere a independenței financiare a vârstnicului.

În ultimii ani, în ***România***, *rata sărăciei a scăzut în rândul vârstnicilor* comparativ cu celelalte grupe de vârstă, pentru care situația a rămas identică sau s-a deteriorat (sărăcia relativă). Un număr mai redus de vârstnici trăiesc în sărăcie extremă, adică într-o lipsă atât de gravă a resurselor financiare încât condițiile lor de viață să fie inacceptabile pentru o societate civilizată (după cum se știe, sărăcia extremă conduce la degradări rapide și greu reversibile în ceea ce privește capacitatea de funcționare socială normală). Influența financiară a *prezenței unui membru vârstnic în familie* a fluctuat de-a lungul timpului în funcție de valoarea reală a pensiilor acordate (valoarea punctului de pensie, puterea reală de cumpărare). Sărăcia pare să afecteze mai mult *femeile* vârstnice (o diferență de 10%

față de bărbați, în 2012: rata sărăciei relative femei 19,3%, bărbați 9,2%), persoanele cu vârste de *80 de ani și peste*, vârstnicii *singuri*, vârstnicii din mediul *rural* (depopularea zonelor rurale), vârstnicii *dependenți* (Teşliuc, Grigoraş, Stănculescu, 2015, p. 37, 375; Comisia Anti-Sărăcie şi Promovare a Incluziunii Sociale, CASPIS, 2002, p. 6).

Tabelul 1. ***Rata sărăciei relative la nivel de gospodărie, după numărul de vârstnici (65 ani și peste), România (%)***

Număr de membri vârstnici în familie	2008	2010	2012
0	20,5	20,9	22,8
1	30,1	21,6	21,2
2	19,9	10,1	6,9
Total	22,8	19,9	20,7

Sursa: Banca Mondială folosind datele EU-SILC 2008-2012 – apud Teşliuc, Grigoraş, Stănculescu, 2015, http://documents1.worldbank.org/curated/en/465051467995789896/pdf/103191-WP-P147269-Box394856B-PUBLIC-Background-Study-ROMANIAN.pdf , p. 37

Tabelul 2. ***Structura populației și rata sărăciei relative, în funcție de vârstă și mediu de rezidență, 2012, România (%)***

	Structura populației		Rata sărăciei relative	
	rural	urban	rural	urban
0-15 ani	16,6	13,8	52,1	16,5
16-64 ani	62,5	70,9	39,2	11,2
peste 65 ani	21,0	15,3	23,5	6,3
Total	100	100	38,1	11,2

Sursa: Banca Mondială folosind datele EU-SILC 2008-2012 – apud Teşliuc, Grigoraş, Stănculescu, 2015, http://documents1.worldbank.org/curated/en/465051467995789896/pdf/103191-WP-P147269-Box394856B-PUBLIC-Background-Study-ROMANIAN.pdf , p. 373

În ***Uniunea Europeană*** (UE-27), persoanele de 65 de ani și peste au înregistrat o mediană a veniturilor în 2019 egală cu 90% din mediana veniturilor populației cu vârsta sub 65 de ani. În 2019, în state precum Luxemburg, Spania și Grecia

mediana veniturilor persoanelor vârstnice (65 de ani și peste) a fost egală sau mai mare decât mediana veniturilor persoanelor cu vârsta sub 65 de ani (Eurostat, 2020,https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/ilc_pnp2/default/map?lang=en).

Tabelul 3. ***Raportarea medianei veniturilor vârstnicilor la mediana veniturilor populației sub 65 de ani, 2019***

	Statul	Raportul
0,5-0,6	Estonia	0,58
0,6-0,7	Bulgaria	0,67
	Lituania	0,68
0,7-0,8	Malta	0,71
	Cehia	0,73
	Croația	0,75
	Danemarca	0,77
	Cipru	0,77
	Belgia	0,78
0,8-0,9	Olanda	0,80
	Finlanda	0,81
	Suedia	0,81
	România	0,83
	Slovenia	0,83
	Germania	0,84
	Polonia	0,88
0,9-1,0	***UE-27***	0,90
	Ungaria	0,90
	Norvegia	0,91
	Portugalia	0,92
	Serbia	0,97
	Austria	0,98
1,0-1,5	Grecia	1,00
	Spania	1,00
	Luxemburg	1,25

Sursa: Eurostat, 2020,
https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/ilc_pnp2/default/map?lang=en

În ***România*** s-a înregistrat un raport de 83% (în 2019; în 2018 era 90%) și astfel ne situăm sub valoarea măsurată la nivelul Uniunii Europe luată ca întreg (UE-27). Evoluția acestui procent denotă faptul că în România veniturile vârstnicilor s-au diminuat și sunt mai mici decât veniturile celorlalte categorii de vârstă. Valori din același interval, 80-90%, s-au înregistrat în 2019 și în: Polonia, Germania, Slovenia, Suedia, Finlanda, Olanda. Cele mai scăzute rate au fost în Estonia, Bulgaria și Lituania, unde drepturile la pensie au fost relativ scăzute (Eurostat, 2020, https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/ilc_pnp2/default/map?lang=en).

g. izolarea socială, adică îndepărtarea individului de semenii săi, de viața socială (retragerea din viața socială, ”închidere”, închistare); ***marginalizarea socială***, adică diminuarea/ reducerea, pe nedrept, a valorii indivizilor prin neglijare în mod voit, prin neluare în seamă; ***excluziunea socială***, adică detașarea progresivă a persoanei de relațiile sociale și de instituții, fapt ce împiedică participarea deplină la activitățile normale ale societății (”Dicționarul Explicativ al Limbii Române”, 2020, https://dexonline.ro/definitie).

Marginalizarea şi excluderea socială a vârstnicilor presupune nerespectarea drepturilor fundamentale şi specifice ale acestei categorii de vârstă (drepturi legitime), abuzuri şi chiar violenţă. Izolarea socială poate fi cauzată de: comunicarea defectuoasă cu cei din jur datorită unor deficienţe de vedere, de auz sau chiar de vorbire; moartea unei persoane apropiate, semnificative pentru vârstnic (soţ, frate, copil, nepot, prieten apropiat). Există vârstnici care, datorită longevităţii vieţii lor, ajung să vadă cum întreaga generaţie sau singurele rude şi prieteni pe care îi mai au dispar încet-încet şi singurele lor contacte rămân vânzătorul de la magazin, doctorul, vocile radio-TV sau preotul. *Putem preveni* izolarea socială a vârstnicului prin: contacte ocazionale diverse (poştaş, vânzător etc.), vizite constante ale unor rude, prieteni, vecini (inclusiv copiii acestora sau animalele de companie) sau ale personalului calificat: asistent social, îngrijitor vârstnici, asistent medical, doctor, psiholog, preot (Zaha, 2004, p. 7).

h. diferenţele demografice, culturale şi de venituri dintre genuri cauzează o bătrâneţe mai problematică pentru femeile în vârstă decât pentru bărbaţii în vârstă. Ponderea mai mare a femeilor vârstnice văduve (datorită speranţei de viaţă mai ridicate şi diferenţei de vârstă la căsătorie) generează probleme specifice și alte nevoi în domeniul social și al sănătății (Iluţ, 1996, p. 232-233; Bogdan şi Curaj, 2006, p. 36).

Bărbații vârstnici singuri au o situație financiară mai bună decât femeile vârstnice singure (pe parcursul vieții active femeile au responsabilități în creșterea

copiilor și îngrijirea vârstnicilor; de regulă, au o participare mai redusă și neregulată pe piața forței de muncă; există deficit de locuri de muncă cu program redus; diferența de salarizare dintre bărbați și femei, chiar pentru aceeași activitate, conduce la contribuții sociale mai reduse din partea femeilor) și au mai multe șanse să se recăsătorească. *Femeile vârstnice singure* sunt mai pregătite pentru noul rol (celibatare, divorțate, văduve), mai deschise în a dezvolta relații apropiate cu alții (în special cu alte femei) decât bărbații vârstnici singuri care par să aibă mai multe nevoi personale deoarece sunt mai dependenți de soțiile lor în privința administrării banilor și auto-gospodăririi (decesul partenerei poate determina izolarea emoțională a bărbaților vârstnici și un risc de sinucidere mai ridicat decât în cazul femeilor vârstnice rămase fără partener) (Banca Mondială, 1994, p. 18; Zaha, 2004, p. 6).

i. abuzul asupra persoanelor vârstnice, comportament care merge de la neglijare până la violență verbală, fizică și psihică; ***abuzul prin abandon***, o abatere morală de la comportamentul normal în familie; ***abuzul financiar*** care presupune determinarea persoanei vârstnice de a ceda bunurile (bani, locuință, alte valori) în schimbul promisiunii de a i se acorda îngrijiri.

Din păcate, în ultimii ani, asistăm la o generalizare a tendințelor de abuz asupra vârstnicilor datorită degradării solidarității familiale şi a solidarității între generații (Bogdan, 2002, p. 133-134, 138). Politicile sociale din România susțin mai degrabă declarativ promovarea solidarității intergeneraționale și mai puțin prin măsuri concrete de promovare reală a acestui principiu și de implementare în societate (aplicarea legislației conforme; schimbarea mentalităților).

j. costurile sociale asociate retragerii din activitate (pensionării) ***și îngrijirii sănătății vârstnicilor***. Polipatologia specifică acestei categorii de vârstă determină creșterea nevoilor de îngrijiri complexe. Invaliditatea și dependența vârstnicului cauzează probleme deosebite nu doar persoanei în cauză, ci și familiei și comunității: menținerea vârstnicilor la domiciliu presupune organizarea unor forme specializate de supraveghere și îngrijire; creșterea numărului solicitărilor pentru servicii de îngrijiri la domiciliu sau instituționalizare; nevoia unui număr mare de servicii medico-sociale (Voinea, 2003, p. 158-160; Arvinte şi Vladu, 2005, p. 108; Comisia Națională pentru Populație şi Dezvoltare, 2006, p. 3).

În mod constant se deteriorează *raportul dintre cei care contribuie* la bugetul public şi la fondurile sociale şi *cei care beneficiază* de aceste fonduri (creşterea presiunii pensionarilor asupra populației ocupate). Începând din 2007, numărul contribuabililor la sistemul de sănătate şi pensii a scăzut, pe măsura intrării în viața activă a generațiilor scăzute numeric, născute după 1990; ne confruntăm cu o

rată mare de dependență (aproximativ doi pensionari la un salariat). Există încă cetățeni români care lucrează fără forme legale în țară sau în străinătate sau care nu lucrează deloc, prin urmare vor atinge vârsta de pensionare fără să fie asigurați și astfel vor împovăra sistemul de asistență socială. Pentru susținerea cheltuielilor respective din asistență socială va crește, cel mai probabil, presiunea impozitării (populația activă tot mai redusă numeric va trebui să suporte costurile generațiilor numeroase născute în perioada comunistă).

Pentru aceste probleme semnalate sunt necesare *măsuri sociale legate de activitate* precum: cooptarea pe piața muncii și a indivizilor care în prezent nu lucrează deloc, diminuarea muncii ”la negru” (fără forme legale), mărirea vârstei de pensionare, creșterea ratei de ocupare a populației feminine, creșterea ratei de ocupare a populației masculine de vârstă adultă superioară (50-65 ani), multiplicarea pilonilor de sprijin (introducerea Pilonului II de pensii), flexibilizarea momentului pensionării prin eliminarea interdicțiilor de muncă după o anumită vârstă şi atragerea vârstnicilor în activități cu program redus de lucru (care, pe lângă faptul că îi menține activi, mai sănătoși și cu stimă de sine mai ridicată, le permite cumularea pensiei cu salariul).

În ceea ce privește *sistemul de sănătate* constatăm că nu există servicii de sănătate adaptate nevoilor specifice ale populației vârstnice, mai ales în mediul rural. Confruntarea vârstnicilor, în medie, cu mai multe probleme de sănătate conduce la costuri medicale mai ridicate decât în cazul altor categorii de vârstă (problemele medicale și costurile cresc odată cu înaintarea în vârstă, iar curba se accentuează puternic în ultimul an de viață). Creşterea ponderii vârstnicilor şi a numărului lor absolut conduce la sporirea cheltuielilor de sănătate pentru această categorie de persoane şi, prin aceasta, pentru întreaga populație (Bucur şi Maciovan, 2003, p. 912; Rotariu, 2006, p. 7-15; Comisia Națională pentru Populație şi Dezvoltare, 2006, p. 20-25). *Situația critică a stării de sănătate a multor vârstnici* este determinată de: alimentele proaste calitativ (lipsă politici sociale adecvate: nu sunt încurajate produsele sănătoase, despre care au cunoştințe și acces, de regulă, doar elitele), stilul de viață nesănătos (alimentație defectuoasă, lipsă de mișcare și implicare în diverse activități, nepracticarea unui sport), abandonarea îngrijirii propriei sănătăți (prevenirea îmbolnăvirilor, neprezentarea la medic, îngrijirea ”după ureche”), deficitul de acces la servicii medicale adecvate (ambulatoriu, spital), deficitul de servicii preventive specifice (Bălașa, 2003, p. 97-98).

Politicile sociale *ar trebui să vizeze* protejarea puterii de cumpărare a vârstnicilor (venit adecvat), facilitarea accesului la serviciilor medicale pentru toți vârstnicii, creșterea calității îngrijirilor medicale, sprijinirea seniorilor pentru a

duce o viață demnă şi independentă în mediul propriu, lărgirea posibilităților de integrare a vârstnicilor în viața comunității, ameliorarea capacității serviciilor publice de a face față nevoilor în continuă schimbare (Manu şi Poede, 2003, p. 84).
k. insuficienta dezvoltare a sistemului de asistență socială a vârstnicilor: în România există cerere de servicii sociale pentru persoanele vârstnice, însă aceste servicii ori nu există, ori sunt insuficiente cantitativ sau calitativ.

Intervenția asistentului social se centrează pe refacerea și dezvoltarea capacităților vârstnicului pentru: a înțelege natura problemelor cu care se confruntă, a identifica soluții constructive, a-și dezvolta abilități individuale și colective de soluționare a acestor probleme (creșterea capacității de adaptare socială a vârstnicului).

1.5.3. Retragerea din activitatea profesională

Având în vedere faptul că prin ”vârstnic” înțelegem persoana ce a împlinit vârsta legală de pensionare, putem spune că trecerea de la maturitate la vârsta senectuții este marcată de momentul pensionării. Retragerea din activitatea profesională presupune o *schimbare majoră de statut şi rol* în viața unei persoane, schimbare care ***testează capacitățile adaptative*** ale persoanei. Rolurile profesionale și maritale sunt înlocuite cu alte roluri, însă nu de aceeași importanță.

Munca asigură structurarea timpului, relaționarea cu ceilalți, beneficierea de un anumit statut, oportunități de autorealizare, elemente ce conduc la formarea identității şi la definirea semnificației propriei existențe. *Pensionarea* însă, pe lângă scăderea venitului şi a nivelului de trai, presupune reconstruirea imaginii de sine prin disoluția subidentității profesionale. Dacă persoana în etate este obligată să se pensioneze când încă este capabilă, disponibilă intelectual și cultural, atunci putem asista la criza intereselor şi a capacităților profesionale sau la o criză de prestigiu.

În lipsa unor norme specifice care să-i ghideze comportamentul și în lipsa unor grupuri cu care să se identifice, vârstnicul caută în exterior puncte de reper și devine vulnerabil la etichetările și stereotipurile existente în societate. Treptat și involuntar, persoana vârstnică *adoptă roluri și comportamente prescrise social* și evită sau *abandonează atitudinile și conduitele aflate în contradicție* cu acestea. Astfel, seniorii se confruntă cu noi dificultăți deoarece stima lor de sine scade (vârstnicii dezvoltă o concepție negativă despre propria persoană) (Şchiopu şi Verza, 1981, p. 308-309; Meyer, 1986, p. 126-127; Popa, 2000, p. 92-93).

De regulă, pensionarea reprezintă un *factor major de stres* și este privită ca un *eveniment nedorit* deoarece protecția socială a individului nu se mai poate asigura doar prin eforturi proprii, prin muncă, ci depinde de intervenția statului și a organizațiilor nonprofit. Cu toate acestea, ***adaptarea la noua situație și semnificația atribuită retragerii din activitate depind de***:

a. atitudinea față de muncă – dacă activitatea profesională este principala sursă de satisfacție şi stimă de sine, atunci pensionarea este un eveniment nedorit, neaşteptat, un statut la care individul se adaptează extrem de greu; dacă slujba este puțin recompensatorie, frustrantă, plicticoasă, pensionarea este binevenită, ceea ce lipseşte nefiind munca în sine, ci colectivul de colegi şi prieteni;

b. starea de sănătate – dacă starea de sănătate este bună, satisfăcătoare, atunci individul se adaptează cu succes la schimbările pe care le presupune pensionarea; dacă sănătatea este precară (probleme semnificative de sănătate), atunci persoana este nemulțumită de existența sa și se adaptează cu greu la noua situație (poate fi și unul dintre factorii pentru care individul alege să se pensioneze anticipat).

c. situația financiară – dacă veniturile, chiar și reduse, permit un nivel de trai apropiat de cel de dinainte de pensionare, atunci vârstnicii se adaptează și se declară mulțumiți; dacă însă veniturile sunt mici și foarte mici, atunci vârstnicii sunt frustrați, se simt îngrădiți, limitați și prezintă tulburări de adaptare;

d. relațiile cu persoanele apropiate – dacă relațiile cu persoanele semnficative din viața vârstnicului se păstrează, atunci se asigură un anumit echilibru, care îi permite individului tranziția spre alte roluri; adaptarea persoanei este ușurată de atitudinea pozitivă față de pensionare a prietenilor, colegilor şi membrilor familiei (Canvanaugh, 1993 – apud Secui, 2004, p. 479-481).

În timp ce pentru unii indivizi pensionarea este o *criză*, pentru alții ea reprezintă o perioadă de *schimbare planificată* (Balogh, 2000, p. 280). Tulburările determinate de pensionare sunt mai frecvente și mai intense în cazul *bărbaților* (mai ales în primii doi ani după retragere) deoarece aceștia în perioada vieții active sunt angajați mai total în activitatea profesională, în timp ce *femeile* sunt angajate în paralel și în activități casnice, în care se pot transfera total după încetarea activității profesionale (femeile manifestă mai degrabă o criză de adaptare la înaintarea în vârstă înainte de pensionare). În mediul *urban*, indivizii tind să se adpateze mai greu pensionării deoarece în perioada adultă erau dedicați aproape exclusiv activității profesionale, în timp ce în mediul *rural* încetarea activității nu se realizează niciodată brusc şi complet (Gîrleanu-Şoitu, 2006, p. 43-44).

Fiecare persoană care se retrage din activitatea profesională trece printr-o serie de faze, fiind *de aşteptat ca starea* ei *să varieze în timp*. Modul în care individul

se adaptează noii situații depinde de *stilul de coping al persoanei*, folosit şi în cazul altor situații de schimbări notabile, și de *posibilitățile reale de a pune în aplicare planurile din faza anterioară* pensionării (depinde de starea de sănătate a membrilor cuplului vârstnic, de situația financiară a cuplului). Astfel, sunt vârstnici care se bucură de îngrijirea în linişte, poate într-o locuință la țară, a nepoților, vizitarea unor obiective turistice, vizitarea prietenilor aflați la diferite distanțe etc.. Dezvoltarea sau continuitatea unor interese şi anticiparea unor noi roluri disponibile în familie şi comunitate ajută persoana să îşi restructureze programul zilnic și să adopte o nouă pleiadă de roluri care îi cresc stima de sine (Secui, 2004, p. 481).

1.5.4. Rețeaua socială de sprijin

Dinamica calității vieții și bunăstarea individuală, echilibrul psihologic și moral, depind de calitatea relațiilor interumane pe care individul reușește să le stabilească și să le păstreze de-a lungul timpului (Zamfir E., 1997, p. 182). Problemele medicale, economice și sociale cu care se confruntă vârstnicii suprasolicită resursele fizice și psihice ale acestora, iar *rețeaua socială* (suportul și integrarea socială) asigură starea de bine, satisfacția față de propria existență (număr mai redus de afecțiuni fizice, incidență mai scăzută a depresiei, probabilitate diminuată de plasare în instituții).

a. Relațiile maritale

Faptul că ambii soți sunt pensionați le permite acestora să *petreacă mai mult timp împreună* comparativ cu alte perioade ale vieții. Dacă, până nu demult, *discuțiile* celor doi parteneri erau centrate pe aspecte legate de mediul de muncă, colegi, şefi, acum subiectele sunt mai *cotidiene* şi uneori contradictorii. Înțelegerea în cuplu și satisfacția maritală depind de *calitatea* anterioară a *relației*. O relație de cuplu nu ar trebui să se bazeze doar pe obișnuință și investiții comune, ci pe *comunicare, prietenie, respect reciproc, interese și hobby-uri comune*. Presiunea rolului de *părinte* și disensiunile privind educația copiilor *se estompează* odată cu mutarea și independența copiilor. Situația *financiară* și viața *sexuală* își reduc din importanță. Petrecerea unui timp mai îndelungat împreună și o comunicare mai bună pot conduce la *creşterea gradului de apropiere dintre parteneri* odată cu trecerea de vârsta pensionării (tumultul vieții active se liniștește), însă pot să apară și *neînțelegeri între soți* atunci când noile expectanțe de rol sunt diferite și incompatibile. *Satisfacția*

vieții şi calitatea relației maritale sunt determinate de starea de sănătate, nivelul financiar, dar şi de capacitatea fiecărui partener de a-şi rezolva problemele legate de recunoaşterea scurgerii timpului, boala, durerea şi ideea morții celor apropiați şi a sfârşitului propriei existențe.

Un moment important în viața oricărui cuplu, inclusiv de vârstnici, îl reprezintă *pierderea partenerului*, indiferent de cauze: separare, divorț, deces. Adaptarea vârstnicului rămas singur la noua situație depinde de: redefinirea identității, starea de sănătate, noile responsabilități și sarcini (modificarea stilului de viață), sprijinul oferit de cei apropiați (copiii, rudele, prietenii), conștientizarea și acceptarea caracterului finit al existenței umane, situația financiară. Prin urmare, există trei categorii de vârstnici singuri: unii prețuiesc independența și preferă compania altor vârstnici singuri, alții devin depresivi și se autoizolează, iar ultima categorie continuă să se implice activ în viața copiilor și a nepoților. *Recăsătorirea* reprezintă o alternativă pentru puțini vârstnici fiind considerată nepotrivită la această vârstă datorită: stării fizice, psihologice şi financiare rar corespunzătoare curtării; lipsei acordului copiilor; şansei mai reduse a femeilor de a găsi potențiali parteneri (acestea trăiesc până la vârste mai înaintate decât bărbații) (Secui, 2004, p. 481-483). De regulă, *femeile* vârstnice rămase singure se confruntă cu dificultăți financiare (unele au fost dependente economic de soți, altele au pensii mai reduse fiindcă au cotizat mai puțini ani și cu sume mai mici; printr-un nou mariaj există șanse limitate de refacere a situației economice) și asta le afectează implicarea în viața socială. Pierderea companiei soțului și singurătatea este adesea compensată de femeile vârstnice prin dezvoltarea mai multor relații de prietenie. Prin faptul că sunt mai puțin implicați în viața de familie și în cercurile de prieteni, pierd ajutorul soției în problemele cotidiene, *bărbații* vârstnici văduvi suferă de singurătate, au dificultăți mai mari în exprimarea durerii și adaptarea la pierdere, par să necesite mai mult recăsătoria (pentru suport emoțional, îngrijirea casei, planificarea vieții sociale). Singurătatea la vârsta senectuții aduce frecvent probleme fizice (boli cronice) și mintale (sinucidere, deces precoce) dacă nu există ajutor suplimentar (*grupuri de suport și întrajutorare*) şi mai ales dacă nu există un *confident* (Bucur, 2007, p. 127-129).

b. Relațiile cu rudele

Relația dintre vârstnici şi ***copiii*** lor adulți devine o relație matură, de dependență şi reciprocitate emoțională și financiară. Persoanele în etate își doresc o viață independentă și acceptă să locuiască cu propriii copii doar atunci când autonomia le este afectată de problemele de sănătate. Sprijinul copiilor în societatea de astăzi

este limitat de o serie de factori: reducerea numărului de descendenți, creșterea duratei de viață, implicarea mai mare a femeilor pe piața muncii, distanța geografică. Este de notat însă mulțumirea sufletească pe care o resimt tinerii atunci când reușesc să își îngrijească propriii părinți (Meyer, 1986, p. 126; Secui, 2004, p. 483-484). Viața oricărei familii presupune schimbări ciclice, familia fiind o unitate dinamică. Mutatul unui bunic în familie reprezintă o provocare deoarece este necesară redezvoltarea echilibrului (Neamțu N., Fabian, 2001, p. 21-24).

Relațiile cu ***nepoții*** reprezintă o mare sursă de satisfacție pentru vârstnici: desfăşurarea unor activități plăcute; manifestarea deschisă a afecțiunii din partea nepoților cărora li se satisfac dorințele (fără asumarea responsabilităților majore pentru îngrijirea şi socializarea copiilor); rolul de bunic are o semnificație aparte (chiar dacă uneori este asociat cu sentimentul de ”bătrân”, învechit, depășit), evocă amintiri plăcute ale relațiilor dintre vârstnici şi proprii lor bunici, dă ocazia vârstnicilor de a fi importanți (oferă sfaturi și își ajută nepoții); oferă sentimentul continuității, extensia persoanei în familie şi viitor. De regulă, bunicii sunt prietenii nepoților, partenerii lor de amuzament, și uneori se implică în creşterea acestora alături de părinți (uneori apar conflicte din pricina divergențelor de opinii privind creșterea și educarea nepoților); se simt neputincioși când nu mai reușesc să aibă grijă de ei înșiși, dar sunt fericiți când sunt sprijiniți de propriii nepoți (Secui, 2004, p. 484-485; Zaha, 2004, p. 6).

Relațiile de durată cu ***frații şi surorile*** se bazează pe amintirile comune și depind de calitatea relației de-a lungul vieții și de proximitatea fizică. Adesea, vârstnicul este îngrijit de rudele apropiate, care îi oferă sprijin emoțional, rezolvarea unor sarcini concrete şi acordarea de ajutor financiar.

c. Relațiile cu prietenii

Destul de frecvent vârstnicul este ajutat concret și sprijinit emoțional de către *prietenii* săi, mai ales atunci când membrii familiei nu locuiesc aproape. Trecerea prietenilor printr-o experiență similară oferă vârstnicului un model de revenire, încrederea că se poate (Secui, 2004, p. 485). Seniorii sunt *reticenți în a lega noi prietenii* și preferă să consolideze relațiile vechi. Intervenția asistentului social în cazul vârstnicilor singuratici se face prin contact telefonic, vizite sau plimbări scurte, implicarea în diverse mici activități comune, totul în scopul deschiderii spre reciprocitate şi acceptării unor noi relații. Pentru a-și proteja familia, uneori vârstnicul preferă să-și discute problemele cu o persoană străină (asistent social, psiholog) (Farcaş, 1995, p. 200-201).

1.6. CONCLUZII

Capitolul descrie vârsta senectuții surprinzând principalele modificări biologice, psihice şi sociale pe care le presupune procesul de îmbătrânire. *Variațiile individuale* existente ne determină să nu considerăm senectutea o etapă omogenă de viață, ci un ciclu de viață ce se manifestă diferențiat de la un individ la altul. Schimbările care apar la aceste vârste impun *un anumit specific în dialogul cu persoana vârstnică*.

Atitudinea societății față de persoanele în etate a pendulat de-a lungul timpului și în diverse zone geografice *de la respect, venerație, la ignorare, marginalizare, ironizare*. Deși nu le acordăm atenția necesară, aceste percepții, atitudini și stereotipuri vehiculate în spațiul social influențează starea de bine a vârstnicului. Cunoașterea și conștientizarea lor atât de către vârstnici, cât și de către specialiști, reprezintă un pas important în diminuarea efectelor negative pe care pot să le aibă.

Procesul de îmbătrânire individuală presupune o serie de modificări în plan social, psihologic şi biologic, modificări ce solicită capacitățile adaptative ale individului. Intervenția preventivă și recuperatorie a asistentului social vizează facilitarea adaptării individului la toate aceste schimbări. *Modificările biologice* (fiziologice normale) apar la vârste și în proporții diferite de la un invidid la altul în funcție de capacitățile fiecăruia de compensare. Vulnerabilitatea la îmbolnăviri crește odată cu înaintarea în vârstă, iar vindecarea este un proces mai îndelungat şi greoi. În privința îmbătrânirii *psihologice* (cea firească de vârstă) există diferențe semnificative la o persoană la alta şi de la o funcție la alta pentru aceeaşi persoană. Acest proces depinde de particularitățile genetice, somatice, morale sau sociale ale persoanei vârstnice şi presupune o evoluție neliniară, bazată pe îmbunătățirile compensatorii. *Social*, vârstnicii se retrag total sau parțial din rolurile sociale active (angajat, părinte) şi adoptă roluri mai pasive, de dependență, sau compensatorii: văduv, bunic, pensionar, voluntar.

Vârstnicii se confruntă cu o serie de *probleme sociale* (unele pozitive):

a. pierderea poziției și rolului jucat în propria familie și în comunitate; resursă umană prețioasă în domeniul economic, social dar şi în ceea ce priveşte transmiterea patrimoniului cultural;

b. scăderea capacității de adaptare socială;

c. schimbarea rolului și structurii familiei și a sistemului mututal de întrajutorare (îndepărtarea de copii; pierderea partenerului de viață; existența a patru generații într-o familie);

d. schimbarea rezidenței;

e. dependența;
f. sărăcia;
g. izolarea, marginalizarea și excluziunea socială;
h. diferențele demografice, culturale şi de venituri dintre genuri (femei, bărbați);
i. abuzul; abuzul prin abandon; abuzul financiar;
j. costurile sociale asociate pensionării și îngrijirii sănătății vârstnicilor;
k. insuficienta dezvoltare a sistemului de asistență socială a vârstnicilor.

După cum se poate observa, unele probleme sociale sunt rezultatul organizării societății prezente sau se datorează deficitelor de politică socială: sunt dezvoltate insuficiente servicii de asistență socială specifice. Sărăcia relativă pare să se fi diminuat ușor în ultimii ani în rândul vârstnicilor comparativ cu alte grupuri sociale, însă continuă să afecteze largi segmente de populație. Izolarea și excluziunea socială au efecte devastatoare pe termen lung asupra individului vârstnic. Problemele sociale sunt ușor diferite în funcție de genul persoanei: atât bărbații, cât și femeile se confruntă cu anumite minusuri și plusuri. Poate cele mai vizibile probleme sociale identificate sunt costurile sociale asociate pensionării și îngrijirii sănătății seniorilor, deoarece presiunea asupra populației de vârstă activă s-a accentuat în ultimii ani. Dependența vârstnicului de alte persoane sau de sistemele publice și private de sprijin necesită să fie prevenită deoarece costurile recuperării sunt întotdeauna mai mari decât cele ale prevenției.

Sistemul de asistență socială a vârstnicilor ar trebui dezvoltat mult mai mult și dacă luăm în considerare doar fenomenul de îmbătrânire demografică, de creștere a ponderii populației vârstnice în totalul populației. Serviciile de asistență socială la domiciliu nu acoperă nevoia existentă. Se încurajează din păcate încă instituționalizarea vârstnicului, deși se știe foarte bine că aceasta presupune costuri individuale și sociale mult mai mari decât asistența la domiciliu. Accesul la servicii sociale și medicale de calitate este mult redus în cazul vârstnicilor din mediul rural, deși statisticile arată că ponderea vârstnicilor din urban este mai redusă decât cea a vârstnicilor din rural. În ultimii ani s-au deschis mai multe centre rezidențiale pentru vârstnici gestionate de întreprinzători privați, în timp ce căminele gestionate de stat au rămas cam în același stadiu și în aceleași spații (clădiri vechi nu tocmai adecvate). Faptul că, în continuare, managerii principalelor instituții de asistență socială sunt persoane numite politic, care nu au nimic de-a face cu domeniul, afectează negativ întregul proces de asistare socială. Promovarea unor nespecialiști sau începători în poziții de conducere va reprezenta întotdeauna o problemă. Cred că ar trebui să ne întoarcem la adevăratele valori și să adoptăm împreună o poziție fermă.

Cei mai expuși problemelor sociale par să fie vârstnicii care îndeplinesc una sau mai multe din următoarele condiții: au *peste 85* de ani, trăiesc *singuri*, sunt *femei* în vârstă, sunt *fără copii*, au *afecțiuni* sau handicap grav, sunt cuplu în vârstă în care *unul este grav bolnav*, trăiesc din *indemnizația socială pentru pensionari* (denumire veche: pensie socială minimă garantată), beneficiază de îngrijire *rezidențială*.

Trecerea de la vârsta activă la vârsta senectuții este marcată de *momentul pensionării*. Schimbarea majoră de statut și rol este un factor de stres pentru individ. Ce semnificație acordă acesta retragerii din activitate și cum se adaptează la noua situație depind de atitudinea față de muncă, starea de sănătate, situația financiară, relațiile cu cei apropiați. Pensionarea poate fi un moment de criză sau o schimbare planificată și gestionată cu bine de către individ. Tulburări de adaptare par să manifeste mai degrabă bărbații deoarece ei nu sunt la fel de implicați în activitățile casnice precum femeile, care găsesc compensarea în acestea. Faptul că în mediul rural activitatea nu încetează niciodată brusc și complet permite vârstnicului să manifeste mai puține tulburări de adaptare la pensionare decât cei din mediul urban. Considerăm esențială intervenția preventivă a asistentului social, care poate pregăti individul pentru acceptarea și adaptarea la această nouă etapă a vieții, bătrânețea.

Rețeaua socială de sprijin joacă un rol esențial în adaptarea individului la toate provocările pe care le presupune senectutea. Schimbările legate de starea de sănătate, nivelul economic şi rolurile sociale suprasolicită resursele fizice şi psihologice ale persoanei şi duc la creşterea vulnerabilității sale, motiv pentru care *fiecare relație socială contează* (relația cu partenerul de viață, copiii, nepoții, frații, prietenii).

Condițiile sociale și economice se alterează, de regulă, odată cu înaintarea în vârstă și constituie factori stresanți ce pot afecta *calitatea vieții persoanei în etate*. Dacă tranzițiile de viață sunt majore și brutale, atunci acestea destabilizează individul și impun *intervenția asistentului social*.

Îmbătrânirea populației este un proces în esență pozitiv, o urmare firească a îmbunătățirii condițiilor socio-economice, a nivelului de trai şi a succeselor medicinii, însă poate să aibă şi un impact negativ în lipsa unor politici sociale adecvate şi adaptate continuu schimbărilor induse de evoluțiile demografice şi consecințele acestora (Bogdan, 2003, p. 131). Implicațiile medico-sociale ale *îmbătrânirii populației* subliniază încă o dată că „bătrânețea este a tuturor şi a fiecăruia dintre noi” (Balogh, 2000, p. 271).

Politicile sociale ar trebui să se centreze pe creşterea longevității reale şi potențiale a vieții şi protejarea socială a acesteia, utilizarea socială a experienței profesionale şi sociale a vârstnicilor, profilaxia bătrâneții şi lupta împotriva bolilor drastice de degenerescență.

CAP. 2. VÂRSTNICII ȘI PROTECȚIA SOCIALĂ

2.1. SISTEMUL DE PROTECȚIE SOCIALĂ

Fiecare stat are o politică socială proprie, caracterizată prin anumite obiective specifice. Urmare firească a dezvoltării şi progresului economic, politica socială are ca obiectiv central producerea bunăstării individului. Conceptul de stat al bunăstării (welfare state) este tocmai răspunsul modificărilor substanțiale ale funcțiilor statului începând cu secolul XIX (Zamfir C. şi Zamfir E., 1995, p. 12).

Sistemul de ***protecție socială*** urmăreşte redistribuirea resurselor materiale sau umane către individul sau grupul care, din diferite motive, se află în dificultate, tocmai pentru a elimina diferențele mari dintre membrii unei comunități. Prin urmare, prin protecție socială se înțelege ansamblul de „politici, măsuri, instituții, organisme care asigură sprijinul persoanelor şi grupurilor aflate în dificultate ce nu pot să realizeze prin efort propriu condiții normale, minime de viață" (Zamfir E., 1998, p. 458).

Sistemul de protecție socială este asemenea unei umbrele care ne adăpostește de intemperii, însă vizează ”intemperiile vieții”. Această ”umbrelă” cuprinde patru straturi de protecție.

Fiecare individ, indiferent de resursele individuale, beneficiază de ***bunurile publice*** (acele bunuri și servicii care sunt oferite gratuit). De exemplu, serviciile medicale de urgență, infrastructura, educația obligatorie etc.. Întreaga comunitate are acces la bunurile publice asigurându-se astfel o anumită egalitate a șanselor.

Persoanele care și-au pierdut sau diminuat capacitatea de muncă și, prin urmare, și cea de obținere a unor venituri, dar care au contribuit pe parcursul vieții active, beneficiază de sprijinul oferit de al doilea strat al protecției sociale: ***asigurările sociale***. Includem aici asigurările de bătrânețe (pensiile), asigurarea de sănătate, asigurarea de șomaj. Toate acestea încearcă să ofere un nivel de trai satisfăcător, urmărind să compenseze, prin prestații (beneficii în bani) sau servicii, prejudiciile suferite de cei asigurați la anumite riscuri: bătrânețe, incapacitate

temporară sau permanentă de muncă, îmbolnăvire, pierderea locului de muncă (Mărginean, 1995, p. 48-53; Preda M., 2002, p. 110-114).

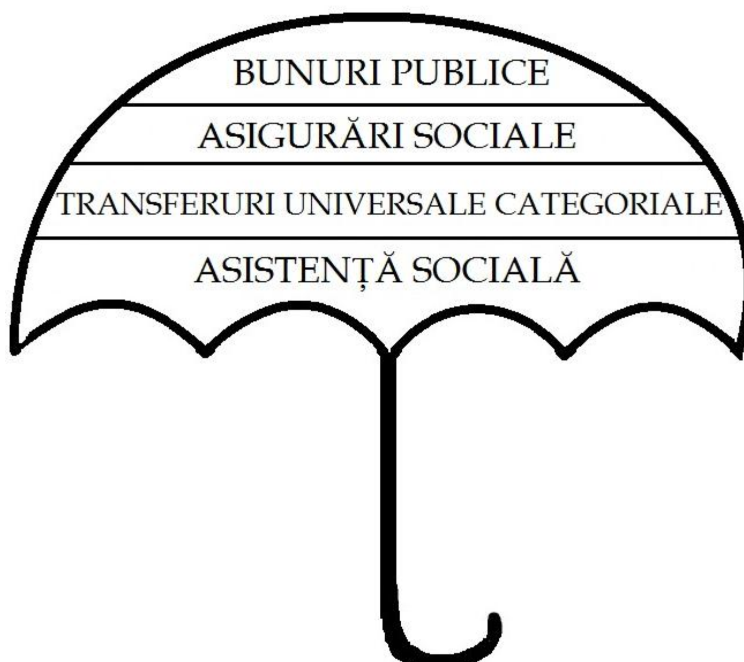


Figura 2. ***Straturi ale protecției sociale***

Un al treilea nivel de protecție îl reprezintă ***transferurile universale categoriale***. Statul consideră că există anumite categorii de persoane care, din motive obiective, nu pot să muncească sau o pot face doar la program redus, prin urmare nu au cum să-şi asigure un nivel de trai decent. Ne referim aici în principal la copii şi la persoane cu dizabilități. Orice societate valorizează copilul, considerându-l mijlocul de perpetuare a vieții/ nației. De asemenea, cu toții acceptăm că fiecare dintre noi am putea să ne naştem sau să dobândim o dizabilitate pe parcursul vieții care să nu ne permită să ne desfăşurăm şi să ne implicăm aşa cum ne-am dori în viața socială, economică etc.. Prin urmare, aceste categorii sunt sprijinite prin diverse forme de transfer:

- *alocația de stat pentru copii* (a se vedea Legea nr. 61 din 22 septembrie 1993 privind alocația de stat pentru copii, republicată în 2012, cu modificările și completările ulterioare; Hotărârea de Guvern nr. 577 din 28 mai 2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a prevederilor Legii nr. 61 din 1993, precum și pentru reglementarea modalităților de stabilire și plată a alocației de stat pentru copii, cu modificările ulterioare);

- *alocația pentru susținerea familiei* (a se vedea Legea nr. 277 din 24 decembrie 2010 privind alocația pentru susținerea familiei, republicată în 2012, cu modificările și completările ulterioare – abrogată prin Legea nr. 196 din 31 octombrie 2016 privind venitul minim de incluziune, abrogare care intră în vigoare însă doar la 1 aprilie 2021 datorită absenței unui sistem național informatic al asistenței sociale);
- *indemnizația lunară pentru creşterea şi îngrijirea copilului* sau, după caz, *stimulentul de inserție* (a se vedea Ordonanța de Urgență a Guvernului nr. 111 din 8 decembrie 2010 privind concediul și indemnizația lunară pentru creșterea copiilor, cu modificările și completările ulterioare; Legea nr. 66 din 19 aprilie 2016 pentru modificarea și completarea Ordonanței de Urgență a Guvernului nr. 111 din 2010; Hotărârea de Guvern nr. 52 din 19 ianuarie 2011 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a prevederilor OUG nr. 111 din 2010, cu modificările și completările ulterioare; Hotărârea de Guvern nr. 449 din 24 iunie 2016 pentru modificarea și completarea Normelor metodologice de aplicare a prevederilor OUG nr. 111 din 2010);
- *indemnizația lunară* și *bugetul personal complementar lunar* acordate persoanelor cu handicap (a se vedea Legea nr. 448 din 6 decembrie 2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, republicată în 2008, cu modificările și completările ulterioare);
- *bursele școlare* (a se vedea Legea nr. 1 din 5 ianuarie 2011 a educației naționale, cu modificările și completările ulterioare) etc..

O persoană este *încadrată în grad de handicap* dacă diverse afecțiuni fizice, mentale sau senzoriale îi prejudiciază desfășurarea în mod normal a activităților cotidiene. Este necesar să facem distincția între termeni: infirmitate, deficiență, incapacitate, invaliditate, dizabilitate, handicap.

Prin *infirmitate sau deficiență* înțelegem orice pierdere, anomalie sau dereglare a unei structuri sau funcții anatomice, fiziologice sau psihologice.

Incapacitatea sau invaliditatea sunt rezultatul deficienței sau infirmității prin pierderea sau reducerea aptitudinii de a desfășura activități în condiții considerate normale. De exemplu, vorbim de 3 grade de invaliditate (III, II, I) atunci când persoana și-a diminuat sau pierdut total capacitatea de a munci din pricina unor afecțiuni / deficiențe.

A avea un *handicap*/ o *dizabilitate* se consideră a fi mult mai mult decât o incapacitate sau o invaliditate (limitarea aptitudinii de a desfășura o activitate aducătoare de venit) deoarece include o serie de dezavantaje economice, sociale,

culturale, biologice sau psihologice de care suferă individul datorită deficienței/ infirmității. Astfel, individul este împiedicat să satisfacă parțial sau total sarcinile considerate ”normale” pentru acesta (în funcție de vârstă, sex, alți factori sociali și culturali). Prezența dizabilității poate conduce la respingere, marginalizare sau excluziune socială (Abrudan, Oprea, 2004, p. 370-384).

Datorită faptului că termenul de ”handicap” adesea prejudiciază imaginea persoanei în cauză datorită utilizării lui în sens peiorativ (”handicapatule”), specialiștii recomandă utilizarea termenului ”dizabilitate”. Deși sintagma ”persoane cu nevoi speciale” a fost utilizată (și, din păcate, mai este utilizată de unele persoane) pentru a desemna ”persoanele cu dizabilități”, doresc să atrag atenția asupra incorectitudinii acestei formulări. Nevoile unui individ, fie că este cu ”dizabilități” sau nu, sunt aceleași: de a se hrăni, de a se adăposti, de a face parte dintr-un grup, de a se autorealiza etc. (vezi Piramida trebuințelor – Maslow). Ceea ce este oarecum ”special”, nu sunt nevoile în sine, ci modul de satisfacere a acestora. De exemplu, accesarea unei clădiri cu parterul situat la alt nivel decât cel al trotuarului/ solului de către o persoană imobilizată într-un scaun cu rotile necesită existența unei rampe adecvate sau a unui lift, în schimb o persoană fără dizabilități poate folosi cu ușurință scările (aceeași nevoie este satisfăcută în moduri diferite de către cele două persoane). Prin urmare, nevoile sau trebuințele sunt aceleași pentru fiecare dintre noi, fie că suntem persoane cu sau fără dizabilități; ceea ce diferă este felul în care ne satisfacem aceste nevoi.

Orice persoană, indiferent de vârstă, poate fi încadrată în grad de handicap (mediu, accentuat și grav) dacă, datorită unor afecțiuni fizice, mentale sau senzoriale, îi lipsesc abilitățile de a desfăşura în mod normal activități cotidiene, necesitând măsuri de protecție în sprijinul recuperării, integrării şi incluziunii sociale; se disting următoarele tipuri de handicap: fizic, vizual, auditiv, surdocecitate, somatic, mintal, psihic, HIV/SIDA, asociat, boli rare (Legea nr. 448 din 6 decembrie 2006 privind protecția şi promovarea drepturilor persoanelor cu handicap cu modificările şi completările ulterioare). Criteriile medico-psihosociale de încadrare în grad de handicap sunt reglementate prin Ordinul nr. 762 din 31 august 2007 al Ministerului Muncii, Familiei şi Egalității de Şanse şi Ordinul nr. 1992 din 19 noiembrie 2007 al Ministerului Sănătății Publice pentru aprobarea criteriilor medico-psihosociale pe baza cărora se stabileşte încadrarea în grad de handicap, cu modificările și completările ulterioare.

Pentru vârstnici la încadrarea în grad de handicap *se ține cont și de debutul bolii*. În cazul în care afecțiunile au apărut odată cu vârsta înaintată (datorită procesului de îmbătrânire), vârstnicii nu sunt încadrați în grad de handicap şi,

implicit, nu beneficiază de drepturile şi facilităţile prevăzute de lege pentru persoanele cu dizabilităţi. În acest caz se consideră că aceste afecţiuni sunt „normale" pentru această vârstă şi nu constituie handicap. Prin urmare, vârstnicii ale căror probleme de sănătate sunt datorate îmbătrânirii nu beneficiază de al treilea strat de protecţie – transferurile universale prevăzute pentru persoanele cu handicap. În situația în care boala nu a debutat odată cu vârsta înaintată, vârstnicul este încadrat în grad de handicap și beneficiază, precum celelalte categorii de vârstă, de anumite servicii și prestații specifice persoanelor cu dizabilități.

Persoanele (implicit și vârstnicii) care nu obţin suficient sprijin de la nivelurile (superioare) de protecţie socială mai sus menţionate, care scapă printre „ochiurile" acestora, vor primi un ultim suport prin sistemul de ***asistenţă socială***, pe baza determinării nevoilor individuale şi a resurselor de care dispun (asistenţa socială bazată pe testarea mijloacelor). Funcţia asistenţei sociale este de a asigura celor mai săraci dintre săraci un venit minim menit să garanteze subzistenţa. Orice societate urmărește ca indivizii săi să fie protejaţi prin primele 3 straturi de protecție și doar ca ultimă soluție să se apeleze la asistența socială. Cu toate acestea, în toate societățile există nevoia de asistență socială.

Asistenţa socială, ca parte esenţială a protecţiei sociale, desemnează „un ansamblu de instituții, programe, măsuri, activităţi profesionalizate, servicii specializate de protejare a persoanelor, grupurilor, comunităţilor cu probleme, aflate temporar în dificultate, care datorită unor motive de natură economică, socio-culturală, biologică sau psihologică nu au posibilitatea de a realiza prin mijloace şi eforturi proprii un mod normal/ decent de viaţă" (Zamfir E., 1995, p. 25). Obiectivul asistenţei sociale este de a sprijini aceste persoane în dezvoltarea propriilor capacităţi şi competenţe pentru a funcţiona adecvat în societate (restaurarea capacităţii de funcţionare socială normală) și nu de a creea o dependenţă de acest sistem. Ajutorul are în vedere o perioadă limitată de timp, până când persoana aflată în dificultate îşi găseşte resursele sociale, psihologice şi economice necesare pentru o viaţă auto-suficientă. De regulă, sprijinul acordat persoanelor în nevoie prin sistemul asistenţei sociale nu este precizat decât în limite generale prin lege, urmând a fi specificat prin analiza de la caz la caz a situaţiilor concrete, prin anchete sociale efectuate de specialişti (Zamfir E., 1995, p. 21-22, 25, 61-63; Pop, Luana, 1995, p. 74-75).

2.2. CADRUL LEGISLATIV ȘI INSTITUȚIONAL

O informare minimă privind protecția socială a persoanelor vârstnice poate fi realizată dacă analizăm legislația din domeniu precum și informațiile furnizate de diverse instituții ce au tangență, într-un fel sau altul, cu acest grup țintă.

Analiza ***legislației*** din domeniu (a se vedea Anexa 1) relevă faptul că în România sunt reglementate prin lege aspecte precum: strategia națională și planul operațional de acțiuni pentru promovarea îmbătrânirii active și protecția persoanelor vârstnice; prevenirea și combaterea marginalizării sociale; organismele reprezentative ale seniorilor la nivel central și local; sărbătorirea Zilei Internaționale a Vârstnicilor etc..

Fiecărui strat al protecției sociale a vârstnicilor îi sunt dedicate acte legislative specifice. Astfel, sunt stabilite o serie norme/ reguli pentru asigurările de bătrânețe (pensii), asigurările de sănătate, facilitățile de transport intern acordate pensionarilor, încadrarea în grad de handicap, asistența socială a persoanelor vârstnice.

În ceea ce privește asigurările de bătrânețe sunt abordate atât pensiile publice, cât și cele private și condițiile de obținere a acestora. Legislația privind asigurările de sănătate clarifică condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale. Tot prin legislație sunt stabilite cotele de contribuții sociale obligatorii, adică procentele din venit cu care fiecare dintre noi contribuim la sistemele de asigurări obligatorii (pensii Pilon I și II, sănătate, șomaj) și bugetul de stat (impozit).

Din categoria transferurilor universale categoriale sunt reglementate pentru pensionari anumite facilități de transport intern. În cazul în care vârstnicii sunt încadrați într-un grad de handicap beneficiază, indiferent de veniturile pe care le au, de anumite transferuri universal valabile pentru această categorie.

Un ultim nivel de protecție socială a vârstnicilor este asigurat prin formele de asistență socială reglementate de lege: îngrijire în centre de zi, îngrijire la domiciliu, îngrijire rezidențială (în cămine pentru vârstnici). Sunt detaliate în legislație toate serviciile și prestațiile sociale de care pot beneficia vârstnicii. Instrumentele de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice reglementate prin lege sunt de un real folos atunci când dorim să luăm cele mai adecvate măsuri de protecție pentru fiecare caz în parte.

În Anexa 1 am inclus, de asemenea, legile care stabilesc cadrul pentru înființarea și funcționarea serviciilor sociale, incluzând aici procesul de acreditare și reacreditare (asigurarea calității, criterii specifice, circuitul documentelor,

standarde minime de calitate). Un element esențial stabilit prin legislație îl reprezintă standardele minime de cost pentru serviciile sociale.

Găsim informații relevante privind vârstnicii pe paginile web ale următoarelor ***instituții***:

- *Ministerul Muncii și Protecției Sociale*, www.mmuncii.ro
- *Casa Națională de Pensii Publice*, www.cnpp.ro
- *Casa Județeană de Pensii Bihor*, www.cjpensiibihor.ro
- *Casa de Pensii a Municipiului București*, www.cpmb.ro
- *Institutul Național de Expertiză Medicală şi Recuperare a Capacității de Muncă* este instituție publică cu personalitate juridică şi autonomie ştiințifică, aflată în subordinea Casei Naționale de Pensii Publice, www.inemrcm.ro
- *Uniunea Europeană*, https://europa.eu/youreurope/citizens/work/retire-abroad/state-pensions-abroad/index_ro.htm
- *Ministerul Sănătății*, http://www.ms.ro/
- *Casa Națională de Asigurări de Sănătate*, www.cnas.ro
- *Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Bihor*, http://www.cnas.ro/casbh/
- *Institutul Național de Statistică*, www.insse.ro
- *Direcția Județeană de Statistică Bihor*, https://bihor.insse.ro/
- *Eurostat*, https://ec.europa.eu/eurostat
- *Consiliul Național al Organizațiilor de Pensionari și al Persoanelor Vârstnice* (denumire veche: Consiliul Național al Persoanelor Vârstnice) – organism autonom, consultativ, de interes public, în scopul instituționalizării dialogului social dintre persoanele vârstnice (reprezentanții acestora) și autoritățile publice, pentru protecția drepturilor și libertăților acestei categorii de vârstă, www.cnpv.ro
- *Comitetul Consultativ de Dialog Civic pentru Problemele Persoanelor Vârstnice* - organism consultativ de interes public, care asigură pe plan local realizarea dialogului social dintre persoanele vârstnice şi autoritățile publice locale, pentru protecția drepturilor şi libertăților acestei categorii de vârstă (acest consiliu al pensionarilor și persoanelor vârstnice a fost înființat în fiecare județ în cadrul prefecturilor), https://bh.prefectura.mai.gov.ro/despre-noi/alte-activitati/
- *Institutul Român pentru Drepturile Omului*, http://irdo.ro/varstnici.php
- *Comisia Europeană*,
  https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=792&langId=en
  https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=752&langId=en

2.3. PROTECȚIA SOCIALĂ A PERSOANELOR VÂRSTNICE ÎN CONTEXT INTERNAȚIONAL. PRIORITĂȚI STRATEGICE

Primul ***Plan Internațional de Acțiune privind Îmbătrânirea*** adoptat la Viena în 1982 de către Adunarea Mondială a Organizației Națiunilor Unite (prima Adunare ONU consacrată îmbătrânirii) lansează sintagma ***„vârstnic activ"***, care se referă explicit la *prevenție, integrare, participare, conservarea autonomiei, prevenirea dependenței*.

Independență, participare, îngrijire, auto-împlinire şi demnitate sunt principiile enunțate în 1991 de Națiunile Unite pentru persoanele vârstnice (Gîrleanu-Şoitu, 2005, p. 149).

Pentru a sensibiliza comunitatea asupra valorii acestei categorii de vârstă peste tot în lume, diverși ani (1982, 1999) au fost declarați, pe rând, ***"An internațional al persoanelor vârstnice"***. La nivel european: anul 1993 – „An european al persoanelor vârstnice şi al solidarității între generații"; anul 2012 – "An european al îmbătrânirii active și al solidarității între generații".

De asemenea, data de ***1 octombrie*** a fost consacrată ca ***Ziua internațională a persoanelor vârstnice*** (conform Rezoluției nr. 45/106 din 1991 a Adunării Generale ONU) (Bogdan, 2002, p. 138-139).

Politicile din domeniul îmbătrânirii recomandau țărilor membre să includă în planurile proprii de acțiune următoarele trei direcții: *dezvoltarea şi diversificarea mijloacelor de susținere la domiciliu şi încurajarea solidarității familiale*; *ameliorarea calității vieții în instituțiile de plasament*; *îmbunătățirea asistenței persoanelor vârstnice dependente* (Bogdan, 2004).

Ca stat semnatar al ***Cartei Sociale Europene Revizuite*** (adoptată la Strasbourg în 1996 şi ratificată de România în 1999; art. 23 – dreptul persoanelor vârstnice la protecție socială), România s-a angajat să promoveze măsuri adecvate pentru a permite persoanelor vârstnice:

- „să rămână membri deplini ai societății cât mai mult timp posibil" (adică în funcție de capacitățile fizice, psihologice şi intelectuale ale persoanei în vârstă) dispunând de resurse suficiente pentru o *existență decentă* şi pentru o *participare activă* la viața publică, socială şi culturală;
- „să aleagă liber propriul stil de viață şi să ducă o existență *independentă* în mediul lor obişnuit atât timp cât doresc şi cât acest lucru este posibil" (prevenirea riscului de dependență);
- să beneficieze de o *asistență corespunzătoare* şi în cazul instituționalizării acestora (Abraham, 2000, p. 298-299).

Pentru protejarea generaţiilor vârstnice împotriva riscurilor de sărăcie şi dependenţă Comisia Europeană a promovat acţiuni precum: catalizarea şi difuzarea inovaţiilor privind *potenţialul de activitate al pensionarilor*, promovarea celor mai bune practici privind forţa de muncă vârstnică, tranziţia de la activitatea profesională la pensionare, ameliorarea condiţiei *femeii vârstnice*, îngrijirea şi *accesul la îngrijire* al persoanelor vârstnice *dependente*, întărirea *solidarităţii între generaţii* şi *integrarea* persoanelor vârstnice ameninţate de izolare.

Au avut loc schimbări în *relaţiile dintre sistemele publice şi cele private* de prestare a serviciilor specializate de asistenţă socială (parteneriate, subcontractare, subvenţionare etc.), *rolul comunităţii şi familiei* în satisfacerea nevoilor generale şi specifice ale persoanelor vârstnice a fost reconsiderat, însă politicile de sprijinire a populaţiei vârstnice nu au prevăzut, într-o primă etapă, şi mecanismele necesare de susţinere şi de adaptare la aceste schimbări (Bălaşa, 2003, p. 86-87).

A doua Adunare Generală a Naţiunilor Unite consacrată îmbătrânirii, care a avut loc la Madrid în 2002, a adoptat un nou ***Plan Internaţional de Acţiune privind Îmbătrânirea***, document ce cuprinde recomandări privind implementarea măsurilor capabile să răspundă atât oportunităţilor, cât şi provocărilor induse de fenomenul de îmbătrânire a populaţiei în secolul XXI.

Planul este structurat astfel: a) *persoanele vârstnice şi dezvoltarea* (participarea activă în societate; munca şi protecţia muncii persoanelor vârstnice; dezvoltare rurală, emigraţie şi urbanizare; accesul la cunoştinţe, la educaţie şi pregătire; solidaritatea dintre generaţii; eradicarea sărăciei; securitatea, protecţia şi securitatea socială; situaţii de urgenţă); b) *sănătatea şi bunăstarea persoanelor vârstnice* (promovarea sănătăţii şi a bunăstării în timpul vieţii; acces universal şi egal la serviciile de sănătate; persoanele vârstnice şi HIV (SIDA); pregătirea îngrijitorilor şi a profesioniştilor din sistemul sanitar; nevoile de sănătate mintală ale persoanelor; persoanele vârstnice şi handicapul); c) *asigurarea unui mediu suportiv* (mediul pentru locuit şi trăit; îngrijire şi suport pentru îngrijitori; neglijare, abuz şi violenţă; imaginea îmbătrânirii).

În ceea ce priveşte munca, se doreşte facilitarea accesului persoanelor vârstnice care doresc să muncească, eliminarea barierelor de vârstă şi promovarea unui portret realist asupra abilităţilor lucrătorului vârstnic (pentru corectarea stereotipiilor în ceea ce priveşte lucrătorul vârstnic). De asemenea, se încurajează participarea femeilor la câmpul muncii în timpul vieţii active pentru a se reduce riscul excluziunii sau al dependenţei acestora la vârstele înaintate.

Recunoscând beneficiile creşterii experienţei odată cu vârsta, se recomandă schimburile de experienţă între generaţii, acţionarea vârstnicilor ca mentori,

supervizori, stimularea voluntarilor vârstnici în a-şi oferi abilitățile în toate domeniile de activitate (în special în tehnologiile informaționale) (Second World Ansamble on Ageing, 2002).

Scopul final al acțiunilor prevăzute de Planul Internațional de Acțiune privind Îmbătrânirea este acela de a promova ***"o societate pentru toate vârstele"*** (Gîrleanu-Şoitu, 2005, p. 149):

- beneficierea deplină a tuturor persoanelor vârstnice de *drepturile* şi libertățile fundamentale ale *omului*, de drepturile economice, sociale şi culturale, de drepturile civile şi politice; eliminarea oricăror forme de *violență* sau *discriminare*;
- *protecția socială*/siguranța/securitatea vârstei a treia (reducerea sărăciei);
- *asistență medicală* preventivă şi de reabilitare;
- *participarea deplină şi efectivă a vârstnicilor la viața* economică, politică şi socială, inclusiv la generare de venituri şi voluntariat;
- oportunități pentru dezvoltare individuală, împlinire de sine şi bunăstare în întreaga viață prin accesul la *educație permanentă*, prin participarea la activități comunitare;
- importanța crucială a *interdependenței familiale şi intergeneraționale*, a solidarității şi a reciprocității în dezvoltarea socială;
- *parteneriate* între sectorul guvernamental, nonguvernamental, societatea civilă şi persoanele vârstnice în implementarea Planului de Acțiune;
- recunoaşterea dreptului persoanelor vârstnice de *a se implica în deciziile care îi afectează direct* (Gîrleanu-Şoitu, 2006, p. 154).

Strategia internațională materializată în Planul Internațional de Acțiune privind Îmbătrânirea are rolul de ***a ghida guvernele în elaborarea propriilor Planuri de Acțiune Naționale*** care să răspundă atât problemelor generale determinate de îmbătrânire, comune țărilor dezvoltate şi țărilor în dezvoltare, cât şi specificului fiecărei țări în parte („o societate pentru toate vârstele" şi „îmbătrânire activă") (Bogdan, 2004).

Asistăm la dezvoltarea structurilor de asistența medico-socială la domiciliu, a căror componentă profesionalizată este în creştere şi diversificare (Bogdan, 2002, p. 136). Politicile de asistență socială și-au schimbat viziunea mutând accentul de pe *asistența instituțională* acordată celor săraci, bolnavi, infirmi, dependenți, pe ***prevenire, păstrarea integrării sociale şi familiale, stimularea activismului restant, utilizarea în dezvoltare a vârstnicilor activi, prelungirea vârstei limită de pensionare***. Aceasta a adus şi va aduce beneficii atât grupurilor

țintă vizate, cât şi autorităților publice printr-o utilizare mai judicioasă a resurselor.

Cu toate că promovăm un *„vârstnic activ”* prin prevenirea îmbolnăvirilor şi prevenirea dependenței, va exista întotdeauna şi categoria opusă, cea a ***„vârstnicului fragil”***, stare care ar fi bine să se instaleze cât mai târziu (creşterea duratei medii de vârstă; politici de prevenire) (Bogdan, 2004).

Strategia de îmbătrânire activă a României are la bază principiile stabilite de ONU (Organizația Națiunilor Unite) și de Comisia Europeană și anume: autoîmplinirea, participarea, independența, îngrijirea și demnitatea. La elaborarea strategiei naționale de dezvoltare a sistemului de asistență socială pentru persoanele vârstnice s-a ținut cont atât de Planul Internațional de Acțiune privind Îmbătrânirea şi Declarația Politică de la Madrid, cât şi de o serie de documente programatice, recomandări sau angajamente, care prevăd: dezvoltarea îngrijirilor şi serviciilor acordate la domiciliul persoanei, promovarea accesului la serviciile de sănătate, îmbunătățirea măsurilor de prevenire a situației de dependență, diversificarea prestațiilor destinate prevenției sau combaterii riscului de marginalizare sau excludere socială şi creşterii calității vieții persoanei vârstnice.

Principalele obiective prevăzute de Strategia națională pentru promovarea îmbătrânirii active și protecția persoanelor vârstnice pentru perioada 2015-2020 sunt:

- prelungirea și îmbunătățirea calității vieții persoanelor vârstnice;
- promovarea participării sociale active și demne a persoanelor vârstnice;
- obținerea unui grad mai ridicat de independență și siguranță pentru persoanele cu nevoi de îngrijire de lungă durată;
- întârzierea îmbătrânirii fizice și a apariției bolilor cronice;
- pregătirea sistemului medical pentru a deservi populația vârstnică;

(în concluzie, stimularea activismului restant şi promovarea unei „societăți pentru toate vârstele”) (”Hotărârea de Guvern nr. 566 din 15 iulie 2015 privind aprobarea Strategiei naționale pentru promovarea îmbătrânirii active si protecția persoanelor vârstnice pentru perioada 2015-2020 şi a Planului strategic de acțiuni pentru perioada 2015-2020”, cu modificările și completările ulterioare).

Toate acțiunile întreprinse la nivel internațional denotă conştientizarea faptului că „bătrânețea este a tuturor şi a fiecăruia dintre noi” (Balogh, 2000, p. 271). Protecția socială a persoanelor vârstnice reprezintă o prioritate deoarece „criza persoanelor în etate” îi amenință nu numai pe vârstnici, ci şi pe copiii şi nepoții acestora, care trebuie să preia pe umerii lor mare parte din sarcina asigurării existenței celor în vârstă.

2.4. PROTECȚIA SOCIALĂ A PERSOANELOR VÂRSTNICE ÎN ROMÂNIA

Alături de alte categorii, vârstnicii reprezintă un grup tipic de persoane/ familii care, în condițiile unei societăți bazate doar pe economia de piață, au ***dificultăți de obținere a veniturilor necesare unei vieți decente***. Prin urmare, statul dezvoltă o serie de funcții complementare economiei pentru a corecta producerea bunăstării colective (Zamfir E., 1995, p. 12-17). Situația vârstnicilor nu reprezintă o problemă de vârstă, ci de răspuns a politicilor sociale la nevoile seniorilor (Gîrleanu, 2002, p. 76). Astfel statul încearcă, prin politicile sociale, să ofere vârstnicilor oportunitatea de a participa la viața socială şi un anumit standard de siguranță şi confort. Deciziile de politică socială se iau în funcție de nevoile semnalate, resursele existente, priorități şi fonduri alocate, motiv pentru care este esențială delimitarea clară și foarte precisă a tuturor acestor elemente.

Cine are responsabilitatea îngrijirii vârstnicilor? Sprijinirea populației vârstnice se realizează prin următoarele sisteme:

a) *familia* reprezintă una dintre posibilitățile de substituire a sprijinului acordat persoanei vârstnice; politicile sociale pot susține următoarele variante: promovarea, în continuare, a ajutorului informal pentru economisirea resurselor publice; accentuarea acțiunii sistemului de responsabilități în cadrul familiei; acordarea unor stimulente pentru îngrijirea în familie, chiar în condițiile mobilizării de resurse publice suplimentare (care este acum atitudinea publică privind rolul familiei?);
b) *vecinătatea*; din păcate, societatea românească încurajează în prezent ”individualismul”, fapt ce poate fi observat din ce în ce mai mult acum și în comunitățile rurale;
c) *sistemele de pensii* publice și private; numărul de pensionari crește concomitent cu scăderea numărului de angajați, scăderea natalității, dar și cu migrarea masivă a forței de muncă;
d) *asistența medicală* ale cărei costuri cresc în timp datorită majorării prețurilor pentru fiecare serviciu, datorită modificărilor demografice şi intensificării consumului de servicii;
e) *asistența socială*: *serviciile de îngrijire în centre de zi* (cluburi de zi); *serviciile de îngrijire la domiciliu* (rata de instituționalizare nu a scăzut în ciuda creării unui sistem de servicii de îngrijire la domiciliu); *serviciile de îngrijire rezidențială*: cămine pentru persoane vârstnice, centre medico-sociale (Puwak, 1995, p. 50-110).

Cum stabilim dacă un individ este persoană vârstnică sau nu? Conform Legii nr. 17 din 6 martie 2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice (art. 1 alin. 4), sunt considerate persoane vârstnice acele persoane care au împlinit vârsta de pensionare stabilită de lege.

În prezent (mai 2020) vârsta de pensionare este de *65 ani la bărbați* și *61 ani și 4 luni la femei* (Legea nr. 263 din 16 decembrie 2010 privind sistemul unitar de pensii publice, cu modificările și completările ulterioare; doar din 1.09.2021 intră în vigoare Legea nr. 127 din 8 iulie 2019 privind sistemul public de pensii deși aceasta a fost publicată în Monitorul Oficial nr. 563 din 9 iulie 2019).

Prin urmare, verificăm vârsta persoanei în Cartea de Identitate: verificăm concordanța dintre persoana din fața noastră și persoana din buletin (poza), verificăm veridicitatea actului de identitate (elementele de siguranță), verificăm valabilitatea actului de identitate (termenul de expirare), identificăm vârsta persoanei pe baza datei nașterii sau a codului numeric personal.

2.4.1. Asigurări de bătrânețe

În categoria *asigurărilor sociale*, cel de-al doilea strat al *protecției sociale*, distingem, în principal, 3 tipuri de asigurări: asigurările de bătrânețe (pensiile), asigurarea de sănătate, asigurarea de șomaj. Vom detalia primele 2 tipuri deoarece acestea îi vizează pe vârstnici.

În România, sistemul public de pensii este reglementat în prezent (2020) prin **Legea nr. 263 din** 16 decembrie **2010** privind sistemul unitar de pensii publice (Monitorul Oficial, Partea I, nr. 852 din 20.12.2010), cu modificările şi completările ulterioare. ***Legea nr. 127 din*** 8 iulie ***2019*** privind sistemul public de pensii (Monitorul Oficial nr. 563 din 9.07.2019) va intra în vigoare doar la 1.09.2021 (Casa Națională de Pensii Publice, 2020, https://www.cnpp.ro/web/guest/legi).

În prezent (2020) sistemul de pensii din România este structurat pe trei ”piloni”:

- ***Pilon I. Pensii publice obligatorii*** (bazate pe contribuții obligatorii);
- ***Pilon II. Pensii private obligatorii*** (contribuții obligatorii, însă capitalizare şi administrare în regim privat);
- ***Pilon III. Pensii private facultative*** (contribuții facultative, dedicate celor cu venituri mari care vor să se asigure suplimentar).

Primul Pilon este ***sistemul public de pensii obligatoriu***, numit și „pay-as-you-go” (PAYG; „plăteşti pe măsură ce eşti plătit”), în care plata curentă a pensiilor se

asigură din veniturile actuale ale populației care muncește. În prezent *angajații contribuie 25% din salariul brut* la fondul de pensii (cotă datorată exclusiv de către salariat). Dacă se lucrează în condiții de muncă considerate ”deosebite” sau ”speciale” (nu cele ”normale”), este obligat să contribuie suplimentar și *angajatorul* cu *4%, respectiv 8%*, pentru fiecare angajat al său.

Prin urmare, acestea sunt sursele de finanțare ale plății pensiilor vârstnicilor de astăzi, sistem care este vulnerabil în condițiile unui număr redus de salariați (șomaj crescut) și în condițiile îmbătrânirii populației (creșterea ponderii vârstnicilor în totalul populației). Tocmai pentru a contracara această dependență a celor în vârstă de capacitatea și voința generației tinere de a suporta povara financiară a sistemului de pensii s-a înființat cel de-al doilea pilon de pensii. După cum veți putea observa, cel de-al doilea și al treilea pilon cuprind fonduri dinainte constituite şi încurajează economisiri private pentru perioada de pensionare. Pensiile sunt finanțate dintr-un stoc acumulat de active mai puțin vulnerabil la schimbările demografice decât cel bazat pe sistemul ”pay-as-you-go” (Casa Națională de Pensii Publice, 2020, https://www.cnpp.ro/web/guest/legi).

Pilonul II, ***sistemul privat obligatoriu***, se referă la pensiile publice care sunt administrate privat. Acest pilon a fost înființat în anul 2008, când persoanele ce erau în acel moment în vârstă de până la 35 de ani au fost obligate să adere la un fond de pensii administrat privat (pentru cei între 35 și 45 de ani era opțional dacă aderă sau nu). Dacă în maxim 4 luni angajații respectivi nu optaseră pentru un anumit fond de pensii private obligatorii, ei au fost distribuiți în mod aleatoriu către unul dintre acele fonduri de pensii. Dacă la început existau 18 astfel de fonduri, în prezent avem doar 7 (numărul s-a redus deoarece unele fonduri au fuzionat sau au fost absorbite de alte fonduri). Pe site-ul Autorității de Supraveghere Financiară pot fi vizualizate fondurile active în prezent: https://asfromania.ro/supraveghere/registre-electronice/pensii-private-pilonul-ii/p2-fonduri. Legislația prevedea că o parte din contribuția obișnuită la asigurările sociale de stat să meargă către administratorii privați de fonduri, 2% în primul an, urmând să crească cu 0,5 puncte procentuale timp de şase ani, până la o cotă de 6%, creștere care nu s-a realizat întocmai.

În prezent (2020) fiecare angajat plătește ***pentru Pilonul I și II*** o contribuție de asigurări sociale (***CAS***) de ***25% din salariul brut***. Din acest 25%, ***doar 3,75%*** reprezintă contribuția ***pentru Pilonul II de pensii*** (3,75% este direcționat către contul individual deschis în numele fiecărui participant la fondul de pensii private ales). Contribuția la Pilonul II de pensii va creşte la 5% din 2021 şi va ajunge la 6%, aşa cum cere legea, a declarat în ianuarie 2020 ministrul Finanțelor Publice

(Autoritatea de Supraveghere Financiară, 2020, https://asfromania.ro/consumatori/pensii-private/despre-pensiile-private; https://asfromania.ro/consumatori/intrebari-frecvente/pensii-private; Banca Comercială Română, 2020, https://pensiibcr.ro/ro/angajat/pensia-obligatorie; Fondul de Pensii Administrat Privat NN, 2020, https://www.nn.ro/pensii-private/pensii-obligatorii).

Pilonul III reprezintă ***sistemul pensiilor private propriu-zise***, fiind un sistem la care se aderă în mod ***facultativ***, adică în funcție de opțiunea fiecărui angajat. Acest pilon se referă la planuri individuale de economisire gestionate de asiguratori, fonduri mutuale, societăți de investiții. Indivizii pot folosi orice fel de modalități de economisire pentru a-şi face provizii pentru pensionare şi îşi pot constitui un portofoliu de active financiare. Cele mai utilizate sunt asigurările de viață şi depunerea banilor la bancă. Pensionarul are la dispoziție pe lângă propriile economii şi beneficiile aduse de investirea acestora ("Legea nr. 204 din 22 mai 2006 privind pensiile facultative").

Primele țări din Europa de Est care au introdus cel de-al treilea pilon sunt Ungaria și Croația (1998), urmate de Polonia (1999). În majoritatea țărilor industrializate s-a menținut acel prim *pilon obligatoriu* pentru populația activă, însă acesta a fost *completat de un sistem privat* de pensii, ce permite fiecărui salariat să contribuie lunar pe parcursul vieții active la formarea propriei pensii (http://www.pensii-ue.ro/Pt.angajati%201.htm). În Statele Unite cei mai mulți indivizi au *planuri de pensii la care ei decid* cât contribuie, cum sunt investiți banii respectivi, când şi cum se pot retrage bani din aceste fonduri (Wise, 2004, p. 2,17).

În concluzie, cea mai bună soluție pare să fie un ***mix echilibrat al celor trei piloni***, fapt care permite distribuirea riscurilor, individul reducându-și astfel incertitudinea prin investirea banilor în mai multe "coșuri" și beneficiind de avantajele tuturor celor 3 sisteme. Se consideră că *echilibrarea bugetului asigurărilor sociale* (pensiile publice) se poate realiza prin: creştere economică susținută; creşterea ratei totale de ocupare a forței de muncă; creşterea ratei de ocupare a populației în vârstă de 55-64 ani; atragerea de forță de muncă din țările în curs de dezvoltare; motivarea femeilor să intre pe piața muncii şi să reintre după întrerupere; flexibilizarea sistemului pentru a permite femeilor să lucreze şi să aibă grijă de copii mici; recunoaşterea anilor în care femeia întrerupe munca pt. îngrijirea copilului ca vechime la pensie (2-3 ani); înăsprirea condițiilor de pensionare anticipată; egalizarea vârstei de pensionare între femei şi bărbați (65 de ani); creşterea oportunităților pentru obținerea pensiei suplimentare, reducând astfel presiunea asupra sistemului public; găsirea altor resurse financiare pentru

sistemul public de pensii; stimularea rămânerii pe piața muncii a celor în vârstă prin asigurarea cetățenilor că o cotizare un timp mai îndelungat la sistem va duce la beneficii mai mari (întărirea relației între mărimea cotizației şi cea a beneficiilor) (Preda, Doboş şi Grigoraş, 2004, p. 61-63). O mică parte dintre aceste măsuri au fost puse deja în practică.

Organizarea sistemului de pensii pe cei trei Piloni pare să dezavantajeze *femeile ca grup social*. În aproape toate țările din Europa Centrală și de Est există diferențe de salarizare între femei și bărbați, fapt care reprezintă o problemă în momentul în care accentul se deplasează de pe sistemele de pensii publice pe cele bazate pe economisirea individuală. De asemenea, existența unei vârste mai mici de pensionare pentru femei le asigură acestora mai puțin timp pentru construirea unei pensii bazate pe Pilonul II, precum și diminuarea contribuțiilor realizate la Pilonul I. Un al treilea aspect ce necesită a fi menționat este faptul că tabelele biometrice sunt diferite în funcție de sex și scad și mai mult gradul de protecție al femeilor în schemele de pensii private (Pilon III) datorită mediei mai mari a speranței lor de viață. Întreruperile în munca plătită datorate familiei (nu ne referim la perioadele de concediu de maternitate și îngrijire a copilului, 2-3 ani) fără acordarea unor drepturi de pensie pentru perioadele respective conduc, de asemenea, la diminuarea pensiilor femeilor (https://www.cpe.ro/wp-content/uploads/2016/03/Egalitatea-de-gen-si-reforma-pensiilor.pdf).

Pilon I de pensii – tipuri de pensii

Principalele drepturi sociale reglementate în cadrul Pilonului I de pensii sunt:

- pensia pentru limită de vârstă;
- pensia anticipată;
- pensia anticipată parțială;
- pensia de invaliditate;
- pensia de urmaş.

În sistemul public de pensii, în afara pensiilor, se mai pot acorda, în condițiile legii, următoarele prestații:

- tratament balnear, altul decât cel care, potrivit legii, se suportă de la bugetul fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, pentru asigurați şi pensionari;
- bilete de odihnă, pentru asigurați;
- ajutor de deces, în cazul decesului asiguratului, pensionarului sau unui membru al familiei unuia dintre aceştia.

Pensia pentru limită de vârstă se acordă asiguraților care îndeplinesc, cumulativ, la data pensionării, condițiile privind vârsta standard de pensionare (în mai 2020,

61 ani şi 4 luni – femei şi 65 ani – bărbați) şi stagiul minim de cotizare (în mai 2020, 15 ani).

Pensia anticipată se acordă cu cel mult 5 ani înainte de împlinirea vârstei standard de pensionare asiguraților care au depăşit stagiul complet de cotizare cu cel puțin 8 ani.

Pensia anticipată parțială se acordă cu cel mult 5 ani înainte de împlinirea vârstei standard de pensionare asiguraților care au realizat sau au depăşit stagiul complet de cotizare cu cel mult 8 ani. La împlinirea vârstelor standard de pensionare prevăzute de lege, pensia anticipată devine pensie pentru limită de vârstă şi se recalculează prin adăugarea perioadelor asimilate şi a eventualelor stagii de cotizare realizate în perioada de anticipare.

Au dreptul la ***pensie de invaliditate*** asigurații care şi-au pierdut total sau cel puțin jumătate din capacitatea de muncă, din cauza: accidentelor de muncă, bolilor profesionale şi tuberculozei; bolilor obişnuite şi accidentelor care nu au legătură cu munca. În raport cu cerințele locului de muncă şi cu gradul de reducere a capacității de muncă, invaliditatea este de: *gradul I, accentuată*; *gradul II, severă*; *gradul III, moderată*. Încadrarea sau neîncadrarea într-un grad de invaliditate se face prin decizie, emisă de medicul specializat în expertiză medicală şi recuperarea capacității de muncă.

La ***pensie de urmaş*** au dreptul copiii şi soțul supraviețuitor, dacă persoana decedată era pensionar sau îndeplinea condițiile pentru obținerea unei pensii (Legea nr. 263 din 16 decembrie 2010 privind sistemul unitar de pensii publice, cu modificările şi completările ulterioare).

Pe plan european, vârstele standard pentru pensionare sunt cuprinse între 60 şi 67 de ani (https://europa.eu/youreurope/citizens/work/retire-abroad/state-pensions-abroad/index_ro.htm#shortcut-4). În România se urmăreşte ridicarea treptată a vârstei de pensionare, astfel încât aceasta să ajungă la *63 de ani* pentru *femei* (în ianuarie 2030). Pentru *bărbați* ***vârsta standard de pensionare*** a ajuns deja la *65 de ani* (din anul 2015). Această măsură conduce la creşterea treptată a stagiului de cotizare, cu efecte favorabile asupra bugetului fondului de asigurări sociale şi, implicit, a nivelului pensiilor.

Cei mai mulți români se pensionează atunci când ating limita de vârstă prevăzută de lege. Vârsta standard de pensionare și stagiul minim de cotizare sunt stabilite în funcție de data nașterii fiecărei persoane, acestea fiind cele două condiții prevăzute de legea pensionării. Pensionarea diferă în funcție de sex doar în ceea ce privește vârsta standard de pensionare, aceasta fiind în prezent (luna mai, anul 2020) 65 de ani pentru bărbați și 61 de ani și 4 luni pentru femei; doar în

cazul femeilor vârsta de pensionare va crește încă treptat până ajunge la 63 de ani în ianuarie 2030. Când vine vorba de ***stagiu de cotizare***, acesta este identic indiferent de sex: stagiul minim de cotizare 15 ani, stagiul complet de cotizare 35 ani. Femeile mai au de așteptat până în anul 2030 pentru atingerea stagiului complet de cotizare și cel al vârstei standard de pensionare prevăzute de lege, momentan acestea atingând doar stagiul minim de cotizare stabilit. Lucrurile stau însă diferit în ceea ce îi privește pe bărbați, ei ajungând de câțiva ani la toate aceste trei limite fixate (Casa Națională de Pensii Publice, 2020, https://www.cnpp.ro/pensia-pentru-limita-de-varsta).

Tabelul 4. ***Vârsta standard de pensionare. Stagiul minim și complet de cotizare***

	Bărbați	Femei
Mai-iulie **2020**		
Vârsta standard de pensionare (împlinită)	65 ani	61 ani și 4 luni
Stagiul minim de cotizare (realizat)	15 ani	15 ani
Stagiul complet de cotizare (realizat)	35 ani	31 ani și 4 luni
Septembrie-noiembrie **2020**		
Vârsta standard de pensionare (împlinită)	65 ani	61 ani și 5 luni
Stagiul minim de cotizare (realizat)	15 ani	15 ani
Stagiul complet de cotizare (realizat)	35 ani	31 ani și 5 luni
....		....
Ianuarie **2030**		
Vârsta standard de pensionare (împlinită)	65 ani	63 ani
Stagiul minim de cotizare (realizat)	15 ani	15 ani
Stagiul complet de cotizare (realizat)	35 ani	35 ani

Sursa: Casa Națională de Pensii Publice, 2020, https://www.cnpp.ro/pensia-pentru-limita-de-varsta

Putem observa în tabelul de mai sus că în prezent (luna mai 2020) există următoarele limite stabilite în cadrul sistemului public de pensii:
vârsta standard de pensionare (împlinită):

- bărbați: 65 ani;
- femei: 61 ani și 4 luni (mai 2020), crește treptat până la 63 ani (ianuarie 2030);

stagiul minim de cotizare (realizat):

- bărbați și femei: 15 ani;

stagiul complet de cotizare (realizat):

- bărbați: 35 ani;
- femei: 31 ani și 4 luni (mai 2020), crește treptat la 35 ani (ianuarie 2030).

Casa Națională de Pensii Publice (CNPP) deține o ***aplicație online care vă calculează anul pensionării***. Rezultatele obținute sunt orientative şi se calculează în funcție de anul naşterii, sexul şi desigur vârsta de pensionare conform legislației în vigoare. Aplicația poate fi accesată aici: https://www.cnpp.ro/varsta-pensionare De exemplu, un tânăr născut în martie 1990 care a lucrat în condiții de muncă standard se va pensiona în 2055, cu condiția să aibă cel puțin 15 ani vechime în muncă.

Tabelul 5. ***Calculul vârstei de pensionare și a stagiului minim de cotizare***

Bărbat născut în martie 1990

	Dată pensionare	Stagiu minim	Reducere cuantum
Pensie limita de vârstă	Martie 2055	Cel putin 15 ani	
Pensie anticipată	Incepand cu Martie 2050	Cel putin 43 ani	
Pensie anticipată parţial	Incepand cu Martie 2050	Intre 35 ani si 43 ani	Intre 30% si 0%

Femeie născută în iunie 1980

	Dată pensionare	Stagiu minim	Reducere cuantum
Pensie limita de vârstă	Iunie 2043	Cel putin 15 ani	
Pensie anticipată	Incepand cu Iunie 2038	Cel putin 43 ani	
Pensie anticipată parţial	Incepand cu Iunie 2038	Intre 35 ani si 43 ani	Intre 30% si 0%

Notă: Datele de mai sus sunt cu caracter informativ. Pentru informații complete vă rugăm să vă adresați Casei Teritoriale de Pensii de care aparțineți. Aceste informații sunt calculate pentru condiții normale de muncă în sectorul civil.

Sursa: Casa Națională de Pensii Publice, 2020, https://www.cnpp.ro/varsta-pensionare

Cel de-al doilea exemplu se centrează pe analiza situației unei persoane de sex feminin, știind că avem vârste diferite de pensionare la bărbați și femei. Femeia născută în iunie 1980 va putea ieși la pensie pentru limită de vârstă în iunie 2043 dacă a adunat minim 15 ani vechime în muncă. Ea se va putea pensiona anticipat din iunie 2038 doar în cazul în care cumulează minim 43 de ani vechime. Dacă nu cumulează această vechime, ci doar una cuprinsă între 35 și 43 de ani, va putea beneficia doar de pensie anticipată parțială.

Cum se face acest calcul? Sintetic aplicația efectuează câteva operații matematice simple:

Tabelul 6. ***Cum se calculează vârsta de pensionare și stagiul minim de cotizare?***

Bărbat născut în martie 1990	Femeie născută în iunie 1980
1990 + 65 = 2055 2055 – 5 = 2050 35 + 8 = 43	1980 + 63 = 2043 2043 – 5 = 2038 35 + 8 = 43

La anul nașterii persoanei vizate se adaugă vârsta de pensionare stabilită conform legii: 65 ani bărbați, 63 ani femei. Așa vom obține anul în care persoana va beneficia de pensie pentru limită de vârstă.

Dacă, din diverse motive, persoana își dorește să se pensioneze mai repede este necesar să calculăm vârsta de pensionare anticipată. Cum o persoană se poate pensiona anticipat cu maxim 5 ani mai devreme decât anul în care se încadrează la pensia obișnuită, cea pentru limită de vârstă, vom efectua cea de-a doua operație matematică, scăzând 5 ani din anul obținut la prima operație. Rezultatul semnifică anul în care persoana poate beneficia de pensie anticipată sau pensie anticipată partială.

Cum distingem la care din cele două tipuri de pensii anticipate poate aplica persoana vizată? Vom lua în considerare stagiul complet de cotizare, stabilit conform legii la 35 de ani, și vom adăuga 8 ani deoarece (tot conform legislației în vigoare) se consideră că doar o persoană care a depășit stagiul complet de cotizare are dreptul să se pensioneze mai devreme (vezi a treia operație matematică). Contează dacă depășirea este de până la 8 ani sau peste 8 ani. În funcție de acest aspect se alege tipul de pensie anticipată.

Grad de invaliditate și grad de handicap

Este necesar să facem distincție între încadrarea în grad de invaliditate și încadrarea în grad de handicap. În raport cu cerințele locului de muncă şi cu gradul de reducere a capacității de muncă, Comisia de Expertiză Medicală din cadrul Casei Județene de Pensii încadrează persoana (adult) într-un **grad de invaliditate**:

gradul I – ACCENTUAT, gradul II – SEVER, gradul III – MODERAT,

dacă şi-a pierdut total sau cel puțin jumătate din capacitatea de muncă din cauza: accidentelor de muncă, bolilor profesionale şi tuberculozei; bolilor obişnuite şi accidentelor care nu au legătură cu munca.

Încadrarea sau neîncadrarea într-un grad de invaliditate se face prin decizie emisă de medicul specializat în expertiză medicală şi recuperarea capacității de muncă. Persoanele încadrate într-un grad de invaliditate au dreptul la așa-numita ***pensie de invaliditate*** (tip de pensie din cadrul Pilonului I).

Comisia de Evaluare a Persoanelor Adulte cu Handicap (CEPHA) / Comisia de Protecție a Copilului (CPC) din cadrul Direcției Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului încadrează persoana (adult sau copil) într-un **grad de handicap**:

gradul I – GRAV, gradul II – ACCENTUAT, gradul III – MEDIU,

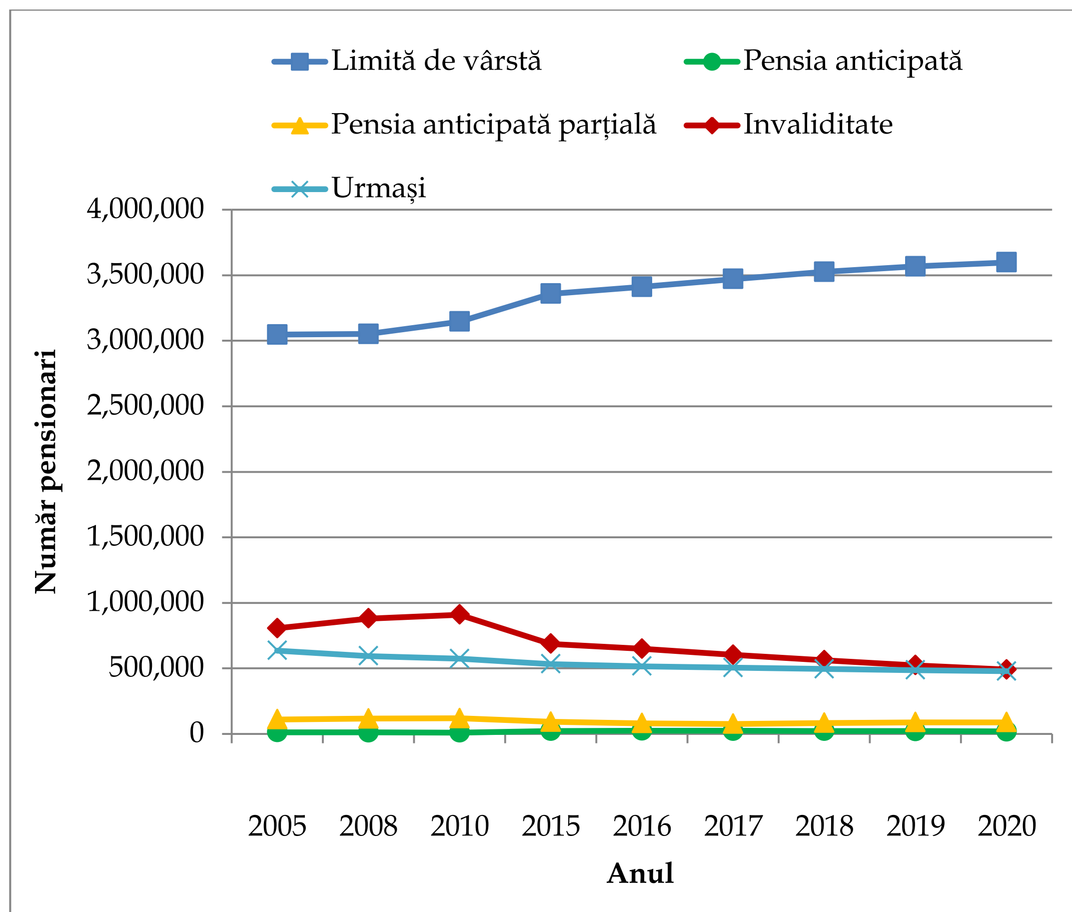
dacă, datorită unor afecțiuni fizice, mentale sau senzoriale, îi lipsesc abilitățile de a desfăşura în mod normal activități cotidiene, necesitând măsuri de protecție în sprijinul recuperării, integrării şi incluziunii sociale.

Adulții încadrați în grad de handicap beneficiază, indiferent de venituri, de ***buget personal complementar*** (cuantumul este diferențiat în funcție de gradul de handicap), ***indemnizație lunară*** (pentru gradele I și II, grav și accentuat), ***asistent personal sau indemnizație însoțitor*** (pentru gradul I, grav). Copiii cu handicap beneficiază, pe lângă alocația de stat prevăzută de lege pentru orice copil, de *prestație socială lunară minori* (cuantumul este diferențiat în funcție de gradul de handicap), *asistent personal sau indemnizație însoțitor* (pentru gradul I, grav).

Atât adulții, cât și copiii încadrați în gradul I (grav) sau II (accentuat) de handicap beneficiază de facilități în domeniul transportului: ***gratuitatea transportului interurban***, la alegere, cu orice tip de tren, în limita costului unui bilet la tren accelerat clasa a II-a, cu autobuzele sau cu navele de transport fluvial, în limita a 12, respectiv 6, călătorii dus-întors pe an calendaristic; ***gratuitate transport urban*** cu mijloace de transport în comun de suprafață şi cu metroul.

În concluzie, gradul de invaliditate certifică reducerea totală sau parțială a capacității de muncă, în timp ce gradul de handicap atestă faptul că individul nu reușește să își desfășoare în mod normal activități cotidiene obișnuite, având dificultăți de integrare socială.

Date statistice – România



Sursa: Casa Națională de Pensii Publice, 2020, https://www.cnpp.ro/indicatori-statistici-pilon-i?p_p_id=101_INSTANCE_svWpDmJy1qVq&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=2&p_r_p_564233524_tag=2020

Figura 3. ***Evoluția numărului de pensionari din România - Pilon I, la finele lunii ianuarie, în funcție de tipul de pensie, în perioada 2005-2020***

În luna ianuarie 2020, în România, se înregistra un număr de ***4.671.893 de pensionari în cadrul Pilonului I***, sistemul public de pensii obligatoriu. Putem observa că, în întreaga perioadă analizată: 2005-2020, acest număr s-a menținut relativ constant, cu mici fluctuații. Ponderea cea mai mare în totalul pensionarilor Pilonului I este ocupată de pensionarii pentru limită de vârstă, fapt care denotă faptul că politicile sociale ale ultimilor ani au încurajat vârstnicii să iasă la pensie

atunci când îndeplinesc vârsta legală de pensionare și să nu abuzeze de o pensionare anticipată.

Tabelul 7. ***Evoluția numărului de pensionari din România - Pilon I, la finele lunii ianuarie, în funcție de tipul de pensie, în perioada 2005-2020***

Categorie pensionari	2005	2008	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Limită de vârstă	3,047,417	3,052,427	3,146,602	3,358,747	3,411,585	3,471,812	3,526,277	3,568,371	3,597,961
Pensia anticipată	11,763	10,957	9,350	21,471	24,241	23,056	22,151	20,302	17,933
Pensia anticipată parțială	109,944	115,556	118,300	91,626	80,407	74,848	82,704	88,200	88,008
Invaliditate	805,471	879,969	909,648	686,300	648,211	601,984	561,121	522,892	489,909
Urmași	635,265	594,316	573,193	532,626	515,709	504,773	495,246	485,890	478,082
TOTAL	4,609,860	4,653,225	4,757,093	4,690,770	4,680,153	4,676,473	4,687,499	4,685,655	4,671,893

Sursa: Casa Națională de Pensii Publice, 2020, https://www.cnpp.ro/indicatori-statistici-pilon-i?p_p_id=101_INSTANCE_svWpDmJy1qVq&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=2&p_r_p_564233524_tag=2020

Numărul persoanelor vârstnice care beneficiază de ***pensie pentru limită de vârstă*** a început să crească treptat după anul 2008, înregistrând o creștere de aproximativ 500.000 de persoane (aproximativ 18%) până în 2020. Cum această evoluție putea fi previzionată, guvernanții au introdus tocmai în anul 2008 cel de-al doilea Pilon de pensii deoarece funcționarea și sustenabilitatea primului Pilon începea să fie amenințată de evoluția demografică a structurii pe vârste a populației României.

Din totalul Pilonului I (4.671.893), 105.941 de persoane beneficiază de ***pensie anticipată*** și ***pensie anticipată parțială***, ceea ce reprezintă 2,3%. Prin urmare, un număr redus de persoane vârstnice apelează la pensionarea anticipată (înainte cu cel mult *5* ani de împlinirea vârstei standard de pensionare). Comparând numărul pensionarilor din cadrul celor două tipuri de pensii anticipate constatăm că predomină pensiile anticipate parțiale. De ce? Condițiile pentru pensionarea anticipată parțială sunt oarecum ”mai ușor” de îndeplinit (au depășit stagiul complet de cotizare cu cel mult 8 ani) decât cele pentru pensionarea anticipată (au depășit stagiul complet de cotizare cu cel puțin 8 ani).

Numărul pensionarilor de ***invaliditate*** a crescut cu 11,5% în perioada 2005-2010 și a scăzut cu 46,1% în perioada 2010-2020. Această scădere se poate datora modificărilor de politică socială din ultimii ani, precum și înăspririi controalelor efectuate privind activitatea cabinetelor de expertiză medicală. Având în vedere faptul că din 4.671.893 de pensionari ai Pilonului I (anul 2020), 489.909 sunt pensionari de invaliditate remarcăm că în România există încă probleme privind menținerea capacității de muncă a asiguraților, capacitate pierdută sau redusă din cauza: accidentelor de muncă, bolilor profesionale şi tuberculozei; bolilor obişnuite şi accidentelor care nu au legătură cu munca.

Numărul celor care beneficiază de ***pensie de urmaș*** a cunoscut o ușoară scădere în perioada 2005-2020 (Casa Națională de Pensii Publice, 2020).

Date statistice – Județul Bihor

În județul Bihor, la finele lunii ianuarie 2020, existau în evidența Casei Județene de Pensii un număr de 138.070 de pensionari în cadrul ***Pilonului I***.

În ultimii 10 ani, în județ numărul pensionarilor din cadrul sistemului public de pensii obligatoriu (Pilonul I) s-a diminuat cu 22.775 persoane, ceea ce reprezintă o ***scădere de 14,2%***. Această scădere se datorează reducerii naturale a numărului de vârstnici, creșterii treptate a vârstei de pensionare, dar și scăderii numărului de pensionari de invaliditate din cadrul Pilonului I.

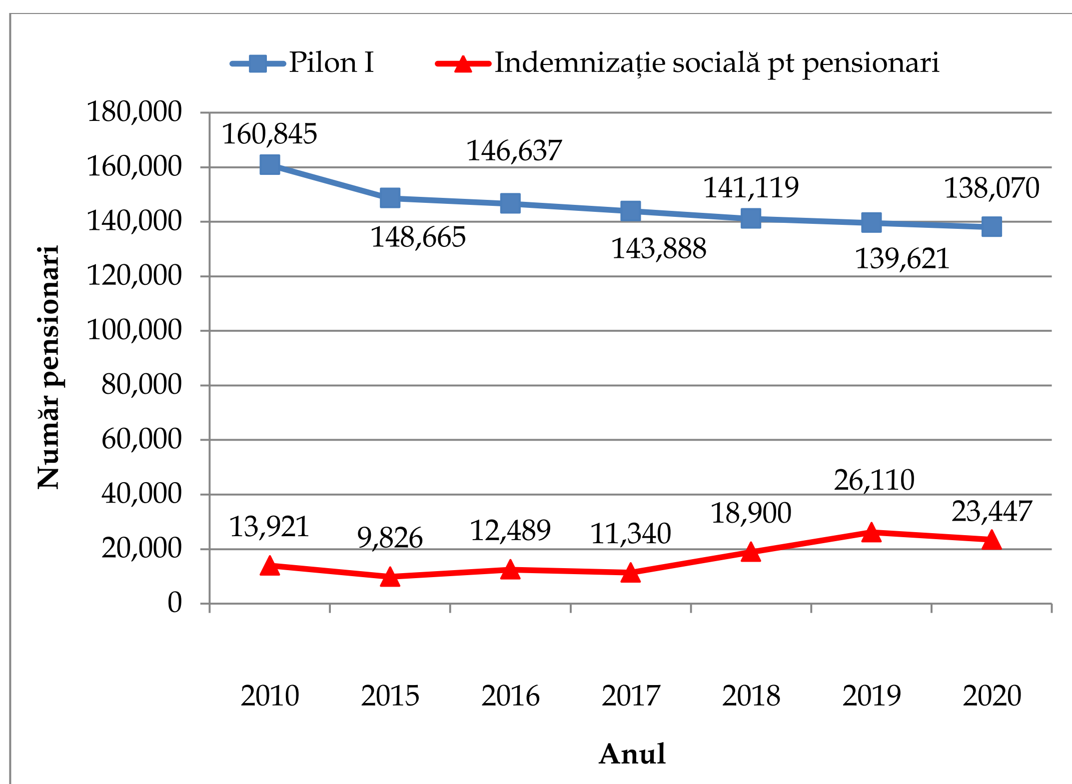
Tabelul 8. ***Evoluția numărului de pensionari din județul Bihor - Pilon I, la finele lunii ianuarie, în perioada 2010-2020***

Categorie pensionari	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Pilon I	160,845	148,665	146,637	143,888	141,119	139,621	138,070
Indemnizație socială pt pensionari	13,921	9,826	12,489	11,340	18,900	26,110	23,447
Pensie medie	701	837	880	928	1,016	1,118	1,310

Sursa: Casa Națională de Pensii Publice, 2020, https://www.cnpp.ro/indicatori-statistici-pilon-i?p_p_id=101_INSTANCE_svWpDmJy1qVq&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=2&p_r_p_564233524_tag=2020

Din cei 138.070 de pensionari din cadrului Pilonului I (județul Bihor), ***17%*** sunt beneficiari de *"**Indemnizație socială pentru pensionari**"*, acea pensie minimă garantată (23.447 persoane). În perioada 2010-2020 numărul beneficiarilor de Indemnizație socială pentru pensionari a ***crescut cu 40,6%*** chiar dacă a înregistrat câteva fluctuații. Prin urmare, sunt din ce în ce mai mulți pensionari care, strict pe baza contribuțiilor lor anterioare din perioada vieții active, ar obține o pensie sub valoarea acestei Indemnizații sociale pentru pensionari. Pentru guvernanți această evoluție ar trebui să fie îngrijorătoare și să-i determine să analizeze cauzele reale pentru care se creează astfel de situații.

În județul Bihor ***pensia medie*** este de 1310 lei în ianuarie 2020. Ar trebui să ne întrebăm în ce măsură nivelul pensiei acoperă nevoile acestui grup țintă (Casa Națională de Pensii Publice, 2020; Casa Județeană de Pensii Bihor, 2020).



Sursa: Casa Națională de Pensii Publice, 2020, https://www.cnpp.ro/indicatori-statistici-pilon-i?p_p_id=101_INSTANCE_svWpDmJy1qVq&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=2&p_r_p_564233524_tag=2020

Figura 4. ***Evoluția numărului de pensionari din județul Bihor - Pilon I, la finele lunii ianuarie, în perioada 2010-2020***

Încadrarea în grad de invaliditate. Activitatea de expertiză medicală se realizează de către medici experți și asistente medicale. În anul 2018 au fost expertizate la nivelul județului Bihor 24.127 de persoane, din care: 17.778 revizuiri, 1.145 cazuri noi, 5.204 cazuri de alte expertize (avizări certificate de concediu medical peste 90 de zile, certificate medicale de constatare a capacității de muncă pentru beneficiarii legii venitului minim garantat – Legea nr. 416 din 2001). La sfârșitul anului 2018, în evidența Casei Județene de Pensii Bihor existau 25.960 de pensionari de invaliditate (Casa Județeană de Pensii Bihor, 2020, http://www.cjpensiibihor.ro/modele/comunic/rap_activ_2018.pdf). Comparând anul 2018 cu 2017 observăm reducerea numărului de pensionari de invaliditate cu 2993 de persoane.

Tabelul 9. ***Situația încadrărilor în grad de invaliditate în județul Bihor***

	Anul 2017	Anul 2018
Solicitări pentru încadrare în grad de invaliditate (cazuri noi)	1067	1145
Încadrare în grad de invaliditate, din care:	976	1021
Gradul I	65	108
Gradul II	431	473
Gradul III	480	440
Respinși	91	124
Revizuiri medicale, din care:	20717	17778
Menținuți în același grad de invaliditate	19239	16975
Trecuți în grad inferior de invaliditate	1284	419
Trecuți în grad superior de invaliditate	194	294
Depensionați	189	90
Nr. solicitări concediu medical peste 90 de zile	3365	3331
Nr. solicitări concediu medical pe 365 de zile	1023	848
Nr. pensionari de invaliditate	28953	25960

Sursa: Casa Județeană de Pensii Bihor, 2020,
http://www.cjpensiibihor.ro/modele/comunic/rap_activ_2018.pdf

În anii 1990 (un deceniu: din 1 ianuarie 1990 până în 31 decembrie 1999), pe fondul procesului demografic de îmbătrânire, specialiștii erau îngrijorați de următoarele aspecte: scăderea numărului de contribuabili la bugetul asigurărilor sociale,

concomitent cu creşterea numărului pensionarilor, nu numai datorită ratei înalte a şomajului, dar şi pieței negre a muncii, respectiv a amplorii la care a ajuns pensionarea anticipată; erodarea continuă a pensiilor, indexările acordate corectând doar în mică măsură efectele creşterii inflației; aplatizarea pensiilor prin indexarea mai pronunțată a pensiilor mici; de asemenea, prin sistemul de calcul aplicat s-a constatat o favorizare a tinerilor pensionari. În perioada respectivă se considera că toate aceste elemente enumerate afectează negativ atât condiția actualilor pensionari, cât şi perspectivele viitoare (Mihuț şi Lauritzen, 1999, p. 305-307). Politicile sociale din următoarele 2 decenii (2000-2020) au încercat să corecteze aceste **probleme semnalate**. Situația pare să se fi îmbunătățit în ceea ce privește unele aspecte precum descurajarea pensionării anticipate și încadrarea pe criterii reale în grade de invaliditate. Cu toate acestea, multe dintre probleme le regăsim și în prezent.

Tinerii continuă să considere pensia o „perspectivă" mult prea îndepărtată, motiv pentru care acceptă să participe parțial pe piața muncii, să muncească pe cont propriu fără să contribuie la sistemul de pensii (doar 7% din potențialii contribuabili independenți sunt asigurați ai sistemului public de pensii din România), să muncească în afara granițelor sau în sfera economiei informale, să fie salarizați sub nivelul de pregătire sau sub media pentru categoria socio-profesională respectivă sau să beneficieze în mod legal de un nivel minim de salarizare completat printr-o formă nelegală de plată. Astfel, contribuția pentru pensie se realizează astfel la nivelul minim (Aghergheloaei, 2006, p. 51, 53). Viziunea centrată pe „prezent" este în defavoarea atât a persoanelor respective, cât şi a întregului sistem de protecție socială, iar schimbarea acestei mentalități este un proces de durată, care necesită politici sociale adecvate realităților din teren.

Pensia comunitară. Drepturi de pensie – minim 1 an de muncă în străinătate

Dacă ai muncit cel puțin un an peste graniță cu acte în regulă, poți solicita pensie de la statul respectiv pentru perioada lucrată, dacă îndeplinești toate condițiile de pensionare din țara respectivă și din țara de origine (România). Astfel, statul în care ai lucrat îți plătește o pensie, în funcție de contribuțiile efectuate bineînțeles, pensie ce se poate transfera în România în lei, la cursul BNR din ziua plății. Pensia plătită de mai multe state poartă denumirea de "pensie comunitară".

Cum trebuie procedat pentru a se lua în calculul vechimii atât anii lucrați în străinătate, cât și cei realizați în România? Persoana care muncește în prezent în străinătate și constată că întrunește condițiile legislative din România pentru a ieși la pensie își poate depune dosarul de pensionare la Casa de Pensii din județul în

care își are domiciliul conform buletinului. Există acorduri bilaterale cu toate statele din Uniunea Europeană și cu multe alte state din lume, precum Canada, Elveția etc.. Este important de precizat că persoana care lucrează sau a lucrat peste graniță va primi pensie de la statul respectiv pentru perioada lucrată acolo doar atunci când îndeplinește și condițiile de pensionare din statul respectiv (vârstă, vechime minimă). În concluzie, atunci când persoana îndeplinește condițiile de pensionare din statul respectiv, ea va depune acolo dosarul de pensionare, inclusiv cu documentele din România pentru perioada în care a lucrat aici.

Dacă în prezent, persoana își are domiciliul (conform buletinului) în România și decide să se pensioneze, însă a lucrat o anumită perioadă într-un alt stat, atunci își va depune dosarul în România și i se vor lua în calcul și anii munciți în străinătate, cu condiția să fi lucrat minim 1 an cu contract legal de muncă în respectivul stat.

După cum se știe, stagiul minim de cotizare în România este de 15 ani, vechime pe care o persoană o poate acumula și lucrând în 2 sau mai multe state. Pentru anii lucrați în străinătate va plăti pensie statul respectiv (nu statul român) atunci când sunt îndeplinite condițiile lor de pensionare (fiecare stat are condiții proprii de vechime minimă și de limită de vârstă). Prin urmare, persoana care a muncit în mai multe state necesită să se informeze privind condițiile de pensionare din fiecare stat în care a lucrat cu forme legale minim 1 an.

Când nu se plătește contribuția de asigurări de sănătate (CAS) pentru pensia comunitară? Persoana care alege să primească pensia în străinătate pentru vechimea realizată în România și are o pensie mai mare decât Indemnizația socială pentru pensionari (800 lei) este scutită de plata contribuției la asigurările de sănătate (CAS) către statul român, pentru că virează acele contribuții în statul în care are reședința. Având în vedere faptul că respectiva persoană acolo beneficiază de servicii de sănătate, măsura se aplică pentru a se evita dubla impunere.

Dacă o persoană obține venituri din pensia din România în străinătate și mai lucrează încă acolo în diverse domenii, atunci este bine să se familiarizeze cu legislația acelei țări pentru că în multe state se impozitează toate veniturile, se cumulează la final de an și se adună inclusiv veniturile din România. Pentru astfel de impozite ale diverselor state, românii care primesc și pensie de la statul român trebuie să ducă în țara respectivă o adeverință anuală eliberată de Casa Județeană de Pensii.

De regulă, pensia obținută pentru anii lucrați în străinătate este mai consistentă decât cea ce ar fi putut fi obținută în România, deoarece legislația din acele state prevede drepturi mai mari de pensie, punctul de pensie fiind mai mare

(salariile minime sunt mai mari). Persoana care a lucrat în mai multe state poate alege care este statul în care îi sunt virate toate drepturile de pensie.

Pensia din România se poate muta în orice alt stat. Dacă o persoană decide ca la bătrânețe să își urmeze copiii ce s-au stabilit în alte țări, atunci ea poate să își transfere pensia în ce țară dorește, indiferent dacă există sau nu convenții bilaterale cu acel stat. Persoana respectivă își depune cererea de deschidere a drepturilor de pensie în România și își deschide un cont la o bancă din străinătate, unde îi este virată pensia. În afară de acest cont deschis în străinătate, persoana care dorește să își mute pensia trebuie să completeze anual un document numit „Certificat de viață“, un formular tipizat care se găsește la casele de pensii și prin care se arată an de an că beneficiarul pensiei este în viață. Formularul completat și semnat, de pensionarul român din străinătate în fața unei autorități din țara respectivă (notar, Casă de Pensii etc.), se trimite Casei de Pensii la care s-a pensionat și care îi plătește pensia.

Similar, persoanele care primesc o pensie din străinătate și trăiesc în România merg la Casa de Pensii de care aparțin și semnează „Certificatul de viață“ în fața reprezentanților instituției, pentru a fi trimis la autorităților din străinătate care îi plătesc respectiva pensie (https://a1.ro/news/social/ai-lucrat-cel-putin-un-an-in-strainatate-poti-primi-o-pensie-uriasa-id731453.html).

Cotele de contribuții sociale obligatorii pentru anul 2020

Cotele de contribuții sociale obligatorii pentru un an anume (anul X) sunt stabilite, de regulă, în următoarele documente:

1. ″Legea privind Codul fiscal″ în vigoare, actualizată;
2. ″Legea privind sistemul unitar de pensii publice″ în vigoare, actualizată;
3. ″Legea privind reforma în domeniul sănătății″ în vigoare, actualizată;
4. ″Legea privind sistemul asigurărilor pentru șomaj și stimularea ocupării forței de muncă″ în vigoare, actualizată;
5. ″Legea bugetului de stat pe anul X″, publicată în Monitorul Oficial din anul respectiv sau un an anterior;
6. ″Legea bugetului asigurărilor sociale de stat pe anul X″, publicată în Monitorul Oficial din anul respectiv sau un an anterior.

Prin urmare, cotele de contribuții sociale obligatorii pentru anul 2020 sunt stabilite în următoarele ***acte legislative***:

- ″Legea nr. 227 din 8 septembrie 2015 privind Codul fiscal″, Monitorul Oficial nr. 688 din 10 septembrie 2015, cu modificările ulterioare, https://static.anaf.ro/static/10/Anaf/legislatie/Cod_fiscal_norme_2018.htm ;

- ”Legea nr. 263 din 16 decembrie 2010 privind sistemul unitar de pensii publice”, Monitorul Oficial, Partea I, nr. 852 din 20 decembrie 2010, cu modificările ulterioare, https://www.cnpp.ro/web/guest/legi , http://www.mmuncii.ro/pub/imagemanager/images/file/Legislatie/LEGI/L263-2010.pdf ;
- ”Legea nr. 95 din 14 aprilie 2006 privind reforma în domeniul sănătății”, publicată în Monitorul Oficial nr. 372 din 28 aprilie 2006 și republicată în Monitorul Oficial nr. 652 din 28 august 2015, cu modificările ulterioare, https://www.anm.ro/_/LEGI%20ORDONANTE/LEGE%20Nr.%2095%20din%202006%20republicata,%20versiunea%20actualizata%20pana%20la%206%20aprilie%202017.pdf ;
- ”Legea nr. 76 din 16 ianuarie 2002 privind sistemul asigurărilor pentru șomaj și stimularea ocupării forței de muncă”, Monitorul Oficial nr. 103 din 6 februarie 2002, cu modificările ulterioare, https://mmuncii.ro/j33/images/Documente/Legislatie/2019/Lege_76_2002_aprilie_2019.pdf ;
- ”Legea nr. 5 din 6 ianuarie 2020 a bugetului de stat pe anul 2020”, publicată în Monitorul Oficial nr. 2 din 6 ianuarie 2020, cu modificările ulterioare; https://static.anaf.ro/static/10/Anaf/legislatie/L_5_2020.pdf ;
- ”Legea nr. 6 din 6 ianuarie 2020 a bugetului asigurărilor sociale de stat pe anul 2020”, Monitorul Oficial nr. 3 din 6 ianuarie 2020, cu modificările ulterioare; https://static.anaf.ro/static/10/Anaf/legislatie/L_6_2020.pdf .

Începând cu luna ianuarie 2020, în aplicarea prevederilor art. 33 (5) din Legea nr. 263/2010 privind sistemul unitar de pensii publice, cu modificările ulterioare, ***câștigul salarial mediu brut utilizat la fundamentarea bugetului asigurărilor sociale de stat pe anul 2020***, potrivit prevederilor art. 15 din Legea nr. 6 / 2020 a bugetului asigurărilor sociale de stat pe anul 2020, este de ***5.429 lei***.

Salariul de bază ***minim brut pe țară*** garantat în plată începând cu 1 ianuarie 2020 este ***2.230 lei***, iar pentru personalul încadrat pe funcții pentru care se prevede nivelul de studii superioare, cu vechime în muncă de cel puțin un an în domeniul studiilor superioare, este ***2.350 lei***, conform Hotărârii de Guvern nr. 935/2019. Prin derogare de la prevederile art. 164 (1) din Legea nr. 53 / 2003 – Codul muncii, republicată, cu modificările și completările ulterioare, în perioada 1 ianuarie 2020 - 31 decembrie 2020, pentru domeniul construcțiilor, salariul de bază minim brut pe țară garantat în plată este stabilit la ***3.000 lei*** lunar și se aplică exclusiv domeniilor de activitate prevăzute la art. 66 (1) din Ordonanța de Urgență a Guvernului nr. 114 / 2018 (Ministerul Muncii și Protecției Sociale, 2020).

În prezent (2020) ***cotele de contribuții de asigurări sociale***:
a) ***25%*** datorată de către persoanele fizice care au calitatea de ***angajați*** sau pentru care există obligația plății contribuției de asigurări sociale, potrivit Codului fiscal; din cei 25% un procent de ***3,75%*** se distribuie la fondul de pensii private, conform Legii nr. 411 / 2004 republicată, cu modificările și completările ulterioare; excepție fac salariații din sectorul construcțiilor ce plătesc o cotă redusă de 21,25%, ei necontribuind la Pilonul II de pensii (scutire sau dezavantaj?);
b) ***4%*** datorată în cazul ***condițiilor deosebite de muncă***, așa cum sunt ele definite în legea pensiilor publice, de către persoanele fizice și juridice care au calitatea de ***angajatori*** sau sunt asimilate acestora;
c) ***8%*** datorată în cazul ***condițiilor speciale de muncă***, așa cum sunt ele definite în legea pensiilor publice, de către persoanele fizice și juridice care au calitatea de ***angajatori*** sau sunt asimilate acestora ("Legea nr. 227 din 8 septembrie 2015 privind Codul fiscal", "Legea nr. 263 din 16 decembrie 2010 privind sistemul unitar de pensii publice").

Din 1 septembrie 2020, conform art. 42 din "Ordonanța de Urgență a Guvernului nr. 135 din 14 august 2020 cu privire la rectificarea bugetului de stat pe anul 2020, modificarea unor acte normative și stabilirea unor măsuri bugetare", ***valoarea punctului de pensie***, este ***1.442 lei*** (a crescut cu 14% și nu cu 40% cum fusese stabilit inițial). Evoluția valorii punctului de pensie poate fi urmărită în tabelul de mai jos:

Tabelul 10. ***Evoluția valorii punctului de pensie în România***

Anul	Luna	Valoarea punctului de pensie (lei)	Anul	Luna	Valoarea punctului de pensie (lei)
2001	Aprilie Iunie Septembrie Decembrie	1.597.232 1.693.066 1.762.482 1.885.856	2011	Ianuarie	732,8
2002	Martie Iunie Septembrie Decembrie	1.999.008 2.098.959 2.161.928 2.252.729	2012	Ianuarie	732,8
2003	Ianuarie Martie Iunie Septembrie Decembrie	2.265.701 2.345.001 2.408.317 2.472.138 2.584.775	2013	Ianuarie	762,1

2004	Ianuarie Martie Iunie Septembrie	2.625.000 2.705.040 2.759.141 2.869.507	2014	Ianuarie	790,7
2005	Ianuarie Iulie	2.955.592 295,5	2015	Ianuarie	830,2
2006	Ianuarie Septembrie Decembrie	323,1 339,3 396,2	2016	Ianuarie	871,7
2007	Septembrie Noiembrie	416 541	2017	Ianuarie Iulie	917,5 1.000
2008	Ianuarie Octombrie	581,3 697,5	2018	Iulie	1.100
2009	Aprilie Octombrie	718,4 732,8	2019	Septembrie	1.265
2010	Ianuarie	732,8	2020	Septembrie	1.442

Sursa: Casa Națională de Pensii Publice, 2020, https://www.cnpp.ro/evolutia-valorii-punctului-de-pensie

Nivelul ***indemnizației sociale pentru pensionari***, prevăzută de Ordonanța de Urgență a Guvernului nr. 6/2009 privind instituirea pensiei sociale minime garantate, aprobată prin Legea nr. 196/2009, cu modificările ulterioare, crește de la 704 la ***800 lei*** din septembrie 2020 (”Ordonanța de Urgență a Guvernului nr. 135 din 14 august 2020 cu privire la rectificarea bugetului de stat pe anul 2020, modificarea unor acte normative și stabilirea unor măsuri bugetare”, art. 41).

Cuantumul ***indemnizației de însoțitor*** pentru pensionarii de invaliditate gradul I reprezintă 80% din valoarea unui punct de pensie şi a crescut în septembrie 2020 de la 1.012 la ***1.154 lei*** (”Legea nr. 263 din 16 decembrie 2010 privind sistemul unitar de pensii publice”, art. 77 alin. 2).

Din 9 ianuarie 2020 cuantumul ***ajutorului de deces*** este ***5.429 lei*** în cazul decesului asiguratului sau pensionarului şi ***2.715 lei*** în cazul decesului unui membru de familie al asiguratului sau pensionarului.

La punctajul mediu anual determinat conform art. 95 din Legea nr. 263/2010 se aplică un ***indice de corecție*** (calculat ca raport între 43,3% din câştigul salarial mediu brut realizat pe anul precedent şi valoarea unui punct de pensie în vigoare la data pensionării, art. 170). Pentru anul 2020 acest indice de corecție se menține la ***1,41*** (precizare: indicele de corecție se aplică o singură dată, la înscrierea inițială la pensie, doar în situația în care data stabilirii drepturilor

inițiale este ulterioară datei de 1 ianuarie 2011) (″Legea nr. 6 din 6 ianuarie 2020 a bugetului asigurărilor sociale de stat pe anul 2020″, art. 16, 17).

Veniturile lunare din pensii care depășesc 2.000 lei sunt supuse ***impozitării*** cu ***10%***.

Persoanele fizice cu venituri din pensii sau șomaj beneficiază de ***asigurare socială de sănătate fără plata contribuției*** (″Legea nr. 227 din 8 septembrie 2015 privind Codul fiscal″, art. 100-102, 154).

Cum stabilim valoarea pensiei de stat obligatorii (Pilon I)? Sistemul de puncte

Pentru a determina ce pensie de stat (Pilon I) trebuie să plătim unei persoane vârstnice se parcurg câțiva pași:

1. calculăm ″punctajul lunar″ (numărul de puncte realizat de asigurat într-o lună) prin împărțirea venitului brut (câştigul salarial brut lunar sau, după caz, a venitul lunar asigurat, care a constituit baza de calcul a contribuției de asigurări sociale) din fiecare lună (din prima zi de activitate până în ultima) la câştigul salarial mediu brut lunar pe țară din anul respectiv (comunicat de Institutul Național de Statistică);
2. calculăm ″punctajul anual″ (numărul de puncte realizat de asigurat pe parcursul unui an calendaristic) prin adunarea punctajelor lunare dintr-un an calendaristic (calculate anterior) și împărțirea lor la 12, formulă care se repetă pentru fiecare an de muncă;
3. calculăm ″punctajul mediu anual″ al pensionarului (numărul de puncte pe care acesta a reușit să le acumuleze de-a lungul perioadei în care a muncit) prin adunarea tuturor punctajelor anuale din întreaga perioadă de activitate și împărțirea lor la numărul de ani prevăzuți de stagiul complet de cotizare; pentru calculul punctajului mediu anual nu se iau în considerare veniturile neimpozabile, ci doar salariul câștigat și sporurile permanente pentru care s-au plătit contribuții de asigurări sociale; cel mai probabil va rezulta o cifră cu zecimale;
4. cuantumul pensiei se determină prin înmulțirea ″punctajului mediu anual″ realizat de asigurat cu valoarea unui ″punct de pensie″ (în prezent, septembrie 2020, punctul de pensie = 1.442 lei); valoarea punctului de pensie variază în funcție de cea a salariului mediu brut pe economie; cu cât salariul mediu brut este mai mare, cu atât este mai mare și punctul de pensie; prin majorarea punctului de pensie se majorează automat și valoarea pensiei.

Toate aceste calcule se realizează după depunerea de către asigurat a dosarului complet la Casa Județeană de Pensii.

2.4.2. Asigurări de sănătate

Principalul sistem de finanțare a ocrotirii sănătății populației îl reprezintă ***asigurările sociale de sănătate***. Astfel se asigură accesul la un pachet de servicii de bază pentru asigurați. Obiectivele sistemului de asigurări sociale de sănătate sunt: protejarea asiguraților față de costurile serviciilor medicale în caz de boală sau accident şi asigurarea protecției asiguraților în mod universal, echitabil şi nediscriminatoriu în condițiile utilizării eficiente a Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate (”Legea nr. 95 din 14 aprilie 2006 privind reforma în domeniul sănătății”, cu modificările şi rectificările ulterioare).

În anul 2020 cota de contribuție pentru asigurările sociale de sănătate este de 10% din venitul brut (în perioada vieții active). Persoanele fizice cu venituri din pensii sau șomaj beneficiază de această asigurare socială de sănătate ***fără plata contribuției*** (”Legea nr. 227 din 8 septembrie 2015 privind Codul fiscal”, art. 154 h, 156).

Pe lângă asigurările sociale de sănătate care sunt obligatorii funcționează şi alte forme de asigurare a sănătății pentru diferite situații speciale. Acestea sunt facultative (nu sunt obligatorii) şi pot fi oferite de organismele de asigurare autorizate conform legii. ***Asigurarea voluntară complementară sau suplimentară de sănătate*** acoperă riscurile individuale în situații speciale şi/sau pe lângă serviciile acoperite de asigurările sociale de sănătate; aceasta nu exclude obligația persoanelor active de a plăti contribuția pentru asigurarea socială de sănătate.

Instituția publică, autonomă, care asigură funcționarea unitară și coordonată a sistemului de asigurări sociale de sănătate din România este Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS). Ministerul Sănătății exercită controlul asupra sistemului de asigurări sociale de sănătate doar din punct de vedere al aplicării politicilor de sănătate aprobate de Guvernul României.

Pensionarii ***au aceleaşi drepturi precum celelalte persoane asigurate*** la acest sistem; astfel ei beneficiază de: servicii medicale (în ambulatorii şi în spitale aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate), medicamente, materiale sanitare şi dispozitive medicale în mod nediscriminatoriu, în condițiile legii; controale profilactice, în condițiile stabilite prin contractul-cadru; servicii medicale de urgență; unele servicii de asistență stomatologică; tratament fizioterapeutic şi de recuperare; servicii de îngrijiri medicale la domiciliu etc. (”Legea nr. 95 din 14 aprilie 2006 privind reforma în domeniul sănătății”, cu modificările şi rectificările ulterioare).

Prin ***îngrijire la domiciliu*** înțelegem „orice activitate de îngrijire medicală prestată de personal specializat, la domiciliul pacientului, care contribuie la îmbunătățirea stării de bine a acestuia din punct de vedere fizic şi psihic"; „beneficiarii îngrijirilor medicale la domiciliu sunt persoane cu afecțiuni acute şi/sau cronice, care prezintă un anumit nivel de dependență şi o capacitate limitată de a se deplasa la o unitate sanitară în vederea asigurării îngrijirilor ambulatorii recomandate de medici" ("Ordin nr. 318 din 7 aprilie 2003 al ministrului sănătății şi familiei pentru aprobarea Normelor privind organizarea şi funcționarea îngrijirilor la domiciliu, precum şi autorizarea persoanelor juridice şi fizice care acordă aceste servicii", art. 1). Îngrijirile medicale la domiciliu se acordă de către ***furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu***, persoane fizice sau juridice, autorizate şi evaluate în condițiile legii, ***alții decât medicii de familie şi spitalele***, care încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru servicii de îngrijiri medicale la domiciliu. Aceşti furnizori ***sunt obligați***:

a) să acorde asiguraților servicii de îngrijiri medicale la domiciliu numai pe baza biletelor de recomandare eliberate de medicii din unitățile sanitare - furnizori de servicii medicale, aflate în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate; medicii de specialitate care recomandă servicii de îngrijiri medicale la domiciliu nu pot fi reprezentanți legali, angajați, asociați sau administratori ai unui furnizor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu;
b) să nu modifice sau să nu întrerupă din proprie inițiativă schema de îngrijire recomandată;
c) să comunice direct atât medicului care a recomandat îngrijirile medicale la domiciliu, cât şi medicului de familie al asiguratului evoluția stării de sănătate a acestuia;
d) să țină evidența serviciilor furnizate la domiciliul asiguratului, privind tipul serviciului acordat, data şi ora acordării, durata, evoluția stării de sănătate;
e) să urmărească prezentarea la controlul medical a asiguratului pe care l-a îngrijit, atunci când acest lucru a fost solicitat de medicul care a făcut recomandarea îngrijirii medicale la domiciliu, şi să nu depăşească din proprie inițiativă perioada de îngrijire la domiciliu, care nu poate fi mai mare decât cea stabilită prin norme.

Lista serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu din pachetul de bază cuprinde: a) măsurarea parametrilor fiziologici; b) administrare de medicamente; c) sondaj vezical, îngrijirea sondei urinare; d) alimentarea artificială/ alimentarea pasivă/ alimentație parenterală; e) clismă cu scop evacuator; f) spălătură vaginală; g) manevre terapeutice; h) îngrijirea plăgilor/ escarelor/ stomelor/ fistulelor/

tubului de dren/ canulei traheale; i) aplicarea de ploscă, bazinet, condom urinar, mijloc ajutător pentru absorbția urinei; j) ventilație noninvazivă; k) kinetoterapie ("Hotărârea de Guvern nr. 140 din 21 martie 2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018-2019", Anexa nr. 1, Capitolul II, H).

Condițiile acordării serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu

Serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu se acordă doar pe baza Recomandării medicului de specialitate din ambulatoriu, inclusiv medicul de familie, sau a medicului de specialitate din spitale la externarea asiguraților (medici aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate).

Doar la consultația medicală sau la externarea asiguratului, medicul poate emite ***Recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu*** ținând cont de starea de sănătate a asiguratului și de statusul de performanță ECOG al acestuia (Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status). Emiterea Recomandării nu se poate face la o dată ulterioară externării sau consultației medicale.

Tabelul 11. ***Status de performanță ECOG***

Grad	Status de performanță
0	complet activ; capabil să ducă la bun sfârșit activitățile desfășurate înainte de a se îmbolnăvi
1	restricții în îndeplinirea activităților fizice solicitante, dar mobil și capabil să desfășoare munci ușoare sau sedentare (ex. munca de birou)
2	mobil și capabil să se îngrijească singur, dar incapabil să muncească; treaz și activ mai mult de 50% din timpul efectiv
3	parțial capabil să se îngrijească singur; imobilizat în scaun sau la pat peste 50% din timpul efectiv / incapabil să desfășoare activități casnice, este imobilizat în fotoliu sau pat peste 50% din timpul zilei, necesită sprijin pentru îngrijirea de bază (igienă și/sau alimentație și/sau mobilizare)
4	imobilizat complet la pat sau în scaun; nu se poate îngriji singur deloc / complet imobilizat la pat, dependent total de altă persoană pentru îngrijirea de bază (igienă, alimentație, mobilizare)

Sursa: http://www.studiipaliative.ro/wp-content/uploads/2013/09/ECOG.pdf

Tariful pe caz pentru un episod de îngrijire medicală la domiciliu se obține înmulțind numărul de zile de îngrijire corespunzător unui episod de îngrijire cu tariful pe o zi de îngrijire. Există un tarif maximal pe o zi de îngrijiri medicale la domiciliu (minim 1 vizită la domiciliu), tarif care diferă în funcție de mediul urban sau rural (peste 15 km în afara localității în care își are sediul furnizorul) și în funcție de statusul de performanță ECOG al beneficiarului.

Tabelul 12. ***Tariful maximal pe o zi de îngrijiri medicale la domiciliu***
(minim 4 servicii recomandate pe caz)

ECOG	urban	rural
3	55 lei	70 lei
4	60 lei	75 lei

Sursa: "Ordin nr. 397/ 836 din 2018 al ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a Hotărârii Guvernului nr. 140/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018-2019", Anexa 31A

În acest tarif pe o zi de îngrijire sunt incluse costurile materialelor necesare pentru realizarea serviciului de îngrijire la domiciliu, precum și costurile de transport la adresa declarată de asigurat unde se acordă serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu. Dacă numărul de servicii recomandate pe caz este mai redus decât 4, atunci tariful se reduce proporțional: număr servicii recomandate / număr minim de servicii (4) x tariful pe zi de îngrijire corespunzător statusului de performanță ECOG.

Un episod de îngrijire este de ***maxim 15 zile de îngrijiri***, respectiv maximum 30 de zile pentru situațiile justificate medical. Un asigurat poate beneficia de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu pentru maxim 90 de zile/ în ultimele 11 luni în mai multe etape (episoade de îngrijire). În cazul celor care necesită și îngrijiri paliative, există o limită maximă de 90 de zile de îngrijiri medicale la domiciliu și de 90 de zile de îngrijiri paliative la domiciliu, în ultimele 11 luni (deci maxim 180 de zile în ultimele 11 luni) ("Ordin nr. 397/ 836 din 2018 al ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a Hotărârii Guvernului nr. 140/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a Contractului-

cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018-2019", Anexa 30A și 31A).

Constatăm că există încă mulți pensionari, și nu numai, care nu își cunosc în totalitate drepturile ca persoane asigurate la sistemul de sănătate, motiv pentru care nu solicită de exemplu îngrijiri la domiciliu decontate de Casa de Asigurări de Sănătate. Funcționarii de la Casele de Asigurări declară că se realizează informarea vârstnicilor prin intermediul personalului medical, a mass-mediei, a internetului, însă „informația nu ajunge la vârstnic" şi nu pot explica acest fapt. Informarea defectuoasă cred că se datorează faptului că medicii (atât medicii de familie, cât şi medicii specialişti) pot aloca unui pacient un timp destul de restrâns datorită numărului mare de cazuri de care se ocupă în acelaşi timp. De regulă pensionarii află mai degrabă informații unii de la alții, decât din partea personalului medical.

O soluție la îndemână cred că ar fi afişarea mult mai riguroasă în cadrul tuturor unităților medicale a informațiilor utile oricărei persoane asigurate (informații exacte, precise, în cuvinte simple şi cu litere mai mari; prezentare sintetică, menționând însă surse ce pot fi consultate pentru informații suplimentare). Informarea s-ar putea realiza și prin mici broșuri de informare care să existe în sălile de așteptare la medic, important ar fi însă ca acestea să fie scrise cu litere mai mari pentru a fi lizibile și celor mai în vârstă.

Varianta aceasta în care atât pacienții cât și medicii înțeleg și acceptă limitările existente în sistemul de sănătate din România nu ne-a dus prea departe în ultimii 30 de ani. Sunt de părere că atât bolnavii, cât mai ales medicii ar fi bine să își exprime mult mai mult punctul de vedere privind condițiile existente în sistemul de sănătate și să ia atitudine vizavi de deciziile politice care se iau în acest domeniu. Putem face mult mai mult, chiar și cu aceleași resurse, însă cu o mai bună reglementare, gestionare și distribuire. Problema este că politicienilor le este simplu să ne țină ocupați și neinformați deoarece astfel suntem mult mai ușor de controlat. Ținuți foarte ocupați, medicii găsesc puțin timp să se exprime vizavi de deciziile ce ajung să le implementeze, însă cred că ar fi esențial să își facă puțin timp pentru aceasta dacă își doresc în mod real un sistem mai bun. Simplificarea unor procese și proceduri, reducerea birocrației, a hârtiilor ce se completează și se plimbă etc. se pot realiza doar prin implicarea fiecăruia în procesul decizional. Fie că ne place sau nu să acceptăm, totul pornește de la educație și sistem de valori.

Conform Casei Județene de Asigurări de Sănătate Bihor (2020) avem în prezent doar 3 furnizori de îngrijiri la domiciliu (a se vedea tabelul de mai jos).

Tabelul 13. ***Lista furnizorilor de îngrijiri medicale și paleative la domiciliu 2020, județul Bihor***

Furnizor	Adresă	Telefon	E-mail
Listă furnizori îngrijiri medicale la domiciliu 2020			
Asociația Caritas Catolica	Oradea, str. P-ța I.Creangă nr. 2	0259 470 013 0740 083 273	caritas.oradea@gmail.com
SC Pelican Impex SRL	Oradea, str. C.Coposu nr. 2-14B	0259 444 444	office.oradea@spitalpelican.ro
Listă furnizori îngrijiri paleative la domiciliu 2020			
Fundația Hospice Emanuel	Oradea, str. Redutei nr. 1A	0359 800 161	office@emanuelhospice.org

Sursa: http://www.cnas.ro/casbh/page/lista-furnizori-in-contract-4.html
http://www.cnas.ro/casbh/page/deconturi-lunare-3.html

Dacă analizăm situația în perioada 2014-2019, constatăm o reducere bruscă a numărului de furnizori de îngrijiri la domiciliu începând cu anul 2018 (11 în 2014; 13 în 2015; 16 în 2016; 13 în 2017; 3 în 2018; 3 în 2019) (Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Bihor, 2020, http://www.cnas.ro/casbh/category/ingrijiri-la-domiciliu.html).

2.4.3. Asistența socială a persoanelor vârstnice

În limbajul comun se utilizează o serie de termeni pentru a desemna persoanele vârstnice, însă doar o parte dintre aceștia sunt acceptați de către specialiștii din domeniu și îi regăsim, implicit, și în literatura de specialitate: ***persoane în etate, persoane în vârstă, seniori, bunici, vârstnici, persoane vârstnice***. Unii termeni se consideră că afectează imaginea de sine a acestor persoane, având un caracter denigratoriu: bătrân(ă), moș, moșneag, babă, băbuță, vârsta a treia, vârsta a patra (situație similară: se acceptă ”persoane cu dizabilități” și se evită utilizarea denumirii ”persoane cu handicap”).

Conform ***Legii asistenței sociale*** (nr. 292 din 20 decembrie 2011, art. 54, 92, 95), persoanele singure și familiile care nu dispun de resursele necesare pentru asigurarea unui nivel de trai minim au dreptul la beneficii de asistență socială

(numite și prestații) și servicii sociale în funcție de nevoile identificate ale fiecărei persoane sau familii. Vârstnicii beneficiază de măsuri de asistență socială (în funcție de situațiile personale de natură socio-economică, medicală și fiziologică), au dreptul la servicii sociale pentru a preveni, limita sau înlătura efectele temporare sau permanente ale unor situații ce pot afecta viața acestora sau pot genera riscul de excluziune socială.

Ministerul Muncii și Protecției Sociale este autoritatea publică centrală care *elaborează politica* de asistență socială şi *promovează drepturile* familiei, copilului, *persoanelor vârstnice*, persoanelor cu dizabilităţi şi ale oricăror altor persoane aflate în nevoie. Prin structurile sale deconcentrate ministerul muncii asigură *aplicarea unitară*, la nivel teritorial, *a legislaţiei şi strategiilor naționale* din domeniul asistenței sociale (”Legea nr. 292 din 20 decembrie 2011 a asistenței sociale”, art. 104). Pe lângă acest minister funcționează *Comisia interministerială privind asistența socială* care este un organism consultativ (fără personalitate juridică) ce elaborează o politică unitară în domeniul asistenței sociale, coordonează la nivel național activitățile de asistență socială şi avizează politicile şi măsurile de asistență socială elaborate de ministerele şi instituțiile cu atribuții în domeniu (”Hotărârea de Guvern nr. 773 din 18 iulie 2002 pentru organizarea şi funcționarea Comisiei interministeriale privind asistența socială”, cu modificările ulterioare).

Consiliul Național al Persoanelor Vârstnice (înființat şi organizat prin Legea nr. 16 din 2000 republicată în 2007, 2009, 2014, 2020), organism consultativ și autonom, asigură participarea vârstnicilor la procesul decizional privind strategia națională de promovare a îmbătrânirii active și protecție a persoanelor vârstnice. Astfel există o formulă instituționalizată de *dialog social între autoritățile publice şi persoanele vârstnice* pentru protecția drepturilor şi libertăților acestor persoane.

Această reprezentare a vârstnicilor în procesul decizional o regăsim și la nivel local, în cadrul prefecturilor, unde funcționează un serviciu specializat care are în componență reprezentanți ai tuturor instituțiilor care au ca obiect activități de asistență socială a persoanelor vârstnice.

Activitatea ***Comitetelor consultative de dialog civic pentru problemele persoanelor vârstnice*** constituite în cadrul prefecturilor se centrează pe: informarea reciprocă permanentă asupra problemelor de interes pentru persoanele vârstnice; consultarea reprezentanților persoanelor vârstnice asupra proiectelor de acte normative care urmează să fie inițiate; analiza şi elaborarea de propuneri de soluționare a problemelor care privesc persoanele vârstnice. Coordonarea metodologică a activității acestor comitete este asigurată de către

ministerul internelor în colaborare cu ministerul muncii ("Hotărârea de Guvern nr. 499 din 7 aprilie 2004 privind înființarea, organizarea şi funcționarea comitetelor consultative de dialog civic pentru problemele persoanelor vârstnice, în cadrul prefecturilor").

Tabelul 14. ***Componența Comitetului Consultativ de Dialog Civic pentru Problemele Persoanelor Vârstnice Bihor CCDCPPV (2020)***

Nr. crt.	Nume şi prenume	Instituția și funcția	Funcția în comitet
Reprezentanții Instituției Prefectului			
1.	Țiplea Dumitru	Instituția Prefectului Județului Bihor Prefect	preşedinte Comitet
2.	Feneși Tibor	Instituția Prefectului Județului Bihor Subprefect	coordonator Secretariat tehnic
Reprezentanții serviciilor publice deconcentrate ale ministerelor și ale celorlalte organe ale administrației publice centrale din subordinea Guvernului, organizate la nivelul unităților administrativ-teritoriale			
3.	Iova Gabriela	Agenția Județeană pentru Plăți și Inspecție Socială Director executiv	membru
4.	Szarka Arpad	Casa Județeană de Pensii Bihor Director executiv	membru
5.	Varga Gheorghe	Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Președinte-director general	membru
6.	Rahotă Daniela	Direcția de Sănătate Publică Bihor Director executiv	membru
7.	Moțoc Remus O.	Direcția Sanitară-Veterinară și pentru Siguranța Alimentelor Bihor Director executiv	membru
8.	Iova Flaviu	Inspectoratul de Poliție al Județului Bihor Inspector de poliție în cadrul Compartimentului de Analiză și Prevenire a Criminalității	membru
9.	Bura Cătălin G.	Comisariatul Județean Bihor pentru Protecția Consumatorilor	membru

10.	Tamaş Adina	Consiliul Județean Bihor, Direcția Generală de Asistență Socială şi Protecția Copilului Bihor Şef birou	membru
11.	Moş Arina	Primăria Municipiului Oradea, Direcția de Asistență Socială Oradea Director general	membru
Reprezentanții organizațiilor județene de pensionari			
12.	Popescu Ilie	Liga Județeană a Pensionarilor Bihor Președinte	membru
13.	Ciocoiu Ioan	Liga Județeană a Pensionarilor Bihor	membru
14.	Tesler Eduard	Asociația Pensionarilor din Învățământ Bihor	membru
15.	Bochiș Dumitru	Consiliul Județean al Persoanelor VârstniceBihor Președinte Uniunea Județeană a Pensionarilor Bihor Președinte	membru
16.	Demian Dumitru	AsociațiaJudețeană a Veteranilor de Război Bihor Președinte	membru
17.	Creț Vasile	Asociația Județeană a Cadrelor în Rezervă şi Retragere M.Ap.N.* Bihor Președinte	membru
18.	Ciuta Alexandru	Asociația Județeană a Cadrelor în Rezervă şi Retragere M.A.I.* Bihor Președinte	membru
19.	Petrean Ion	Asociația Județeană a Cadrelor în Rezervă şi Retragere S.R.I.* Bihor	membru

* M.Ap.N. – Ministerul Apărării Naționale; M.A.I. – Ministerul Afacerilor Interne; S.R.I. – Serviciul Român de Informații

Sursa: https://bh.prefectura.mai.gov.ro/wp-content/uploads/sites/21/2020/01/OP-18.pdf

Se poate observa, în tabelul de mai sus, faptul că 8 din 19 membri ai Comitetului sunt reprezentanți ai organizațiilor de pensionari. La ședințele de lucru lunare pot fi invitate și alte persoane, în funcție de problematica dezbătută.

Tabelul 15. ***Componența Secretariatului Tehnic al Comitetului Consultativ de Dialog Civic pentru Problemele Persoanelor Vârstnice Bihor* (2020)**

Nr. crt.	Nume şi prenume	Funcția
1.	Chebeleu Alexandra I.	Consilier, Instituția Prefectului Județului Bihor
2.	Bochiș Dumitru	Consiliul Județean al Persoanelor Vârstnice Bihor Președinte

Sursa: https://bh.prefectura.mai.gov.ro/wp-content/uploads/sites/21/2020/01/OP-18.pdf

Comitetul Consultativ de Dialog Social pentru Problemele Persoanelor Vârstnice Bihor își propune, prin activitatea sa, următoarele: asigurarea colaborării prin informarea reciprocă permanentă; analizarea problemelor socio-economice care vizează vârstnicii; consultarea reprezentanților persoanelor vârstnice privind proiectele de acte normative ce urmează a fi inițiate și privind problemele economice, sociale, medicale și culturale; propunerea unor programe pentru ameliorarea continuă a condițiilor de viață ale seniorilor; sprijinirea participării active a vârstnicilor la viața socială; direcționarea soluționării problemelor vârstnicilor către instituția abilitată (https://bh.prefectura.mai.gov.ro/wp-content/uploads/sites/21/2020/01/ROF.pdf).

Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului din subordinea consiliilor județene (nivel județean) și ***Direcția de Asistență Socială*** din subordinea consiliilor locale ale orașelor sau ***Compartimentul de Asistență Socială*** organizat la nivelul comunelor (nivel local) sunt structurile specializate în administrarea și acordarea beneficiilor de asistență socială și a serviciilor sociale, asigurând astfel aplicarea politicilor sociale în domeniul protecției copilului, familiei, *persoanelor vârstnice*, persoanelor cu dizabilități, precum și a altor persoane, grupuri sau comunități aflate în nevoie socială ("Hotărârea de Guvern nr. 797 din 8 noiembrie 2017 pentru aprobarea regulamentelor-cadru de organizare și funcționare ale serviciilor publice de asistență socială și a structurii orientative de personal", cu modificările ulterioare, Anexele 1, 2, 3).

Principalul act normativ care reglementează asistența socială a persoanelor vârstnice în România este ***Legea nr. 17 din 6 martie 2000*** (privind asistența socială a persoanelor vârstnice), ***republicată în 2007***, cu modificările și completările ulterioare. În figura de mai jos pot fi observate toate modificările și completările care s-au adus acestei legi prin alte acte normative.

LEGE nr.17 din 6 martie 2000
privind asistenţa socială a persoanelor vârstnice

Descriptori | Temei legal pentru | Trimiteri de la

Identificare act:

Numar/data:	**Lege nr.17 din 6 martie 2000**	
Emitent:	**Parlament**	*Procesul legislativ la:* - Camera Deputatilor:P.L. nr. **343/1999**
Încadrare:	act normativ	
Cu functie:	de baza	
În vigoare:	da	
Publicare:		M.Of. nr. 104/9 mar. 2000 ... text
Republicare:		M.Of. nr. 157/6 mar. 2007

Functie pasiva:

Promulgată:	→ D. nr.55/2000	pentru promulgarea Legii privind asistenţa socială a persoanelor vârstnice
Modificată:	→ L. nr.281/2006	pentru modificarea şi completarea Legii nr. 17/2000 privind asistenţa socială a persoanelor vârstnice - *modifică art. 24 şi art. 25* *dispune republicarea*
Republicare:		M.Of. nr. 157/6 mar. 2007
Modificată:	→ O.U.G. nr.118/2008	privind modificarea şi completarea unor acte normative în vederea eliminării legăturilor dintre nivelul unor drepturi de asistenţă socială şi nivelul salariului de bază minim brut pe ţară garantat în plată - *modifică art. 25 alin. (5) lit. b); introduce lit.* b^1*) la art. 25 alin. (5)*
	→ L. nr.270/2008	pentru modificarea Legii nr. 17/2000 privind asistenţa socială a persoanelor vârstnice - *modifică art. 30, art. 34*
	→ O.U.G. nr.43/2010	pentru modificarea unor acte normative în vederea reducerii sau simplificării administrative a unor autorizaţii/avize/proceduri ca urmare a măsurilor asumate de Guvernul României în cadrul Planului de simplificare aferent Memorandumului de înţelegere dintre Comunitatea Europeană şi România, semnat la Bucureşti şi la Bruxelles la 23 iunie 2009 - *modifică art. 13 alin. (1); abrogă art. 13 alin. (3)*
	→ O.U.G. nr.34/2016	pentru modificarea şi completarea Legii nr. 17/2000 privind asistenţa socială a persoanelor vârstnice - *modifică art. 9 alin. (2), art. 10, art. 12, art. 13 alin. (2), art. 18 alin. (1) şi (5), art. 21 alin. (1) lit. c), art. 21 alin. (2) lit. a), art. 21 alin. (3), art. 25 alin. (2), art. 25 alin. (4), art. 25 alin. (5) lit. b), art. 39; introduce alin. (6) la art. 18, lit.* c^1*) la art. 21 alin. (1), lit.* a^1*) la art. 21 alin. (2); abrogă art. 24 alin. (3), art. 25 alin. (3), art. 26*
	→ L. nr.19/2018	privind aprobarea Ordonanţei de urgenţă a Guvernului nr. 34/2016 pentru modificarea şi completarea Legii nr. 17/2000 privind asistenţa sociala a persoanelor vârstnice - *modifică art. 7 alin. (2), art. 8 lit. a) şi b), art. 9 alin. (2), art. 10, art. 13 alin. (1) şi (2), art. 17, art. 18 alin. (1) şi (4) şi alin. (5) lit.a) şi c), art. 21 alin. (2) lit.* a^1*), art. 22, art. 24 alin. (1), art. 25 alin. (5) lit. b), art. 27, art. 28 alin. (2) şi (3), art. 29, art. 30, art. 31, art. 32, art. 33, art. 34; introduce alin.* (1^1) *la art. 24, alin.* (5^1) *-* (5^3) *la art. 25; abrogă art. 25 alin. (5) lit.* b^1*)*

Sursa: http://www.cdep.ro/pls/legis/legis_pck.frame

Figura 5. ***Legea cadru a asistenței sociale a persoanelor vârstnice***

Etapele care se parcurg în asistența socială a unei persoane vârstnice

Persoanele vârstnice (persoanele care au împlinit vârsta de pensionare stabilită de lege) au ***dreptul la asistență socială în funcție de situația socio-medicală şi resursele economice*** de care dispun.

Concret, de asistență socială se pot bucura persoanele vârstnice care se află în una dintre următoarele ***situații***:

a) nu au familie sau nu se află în întreținerea unei/ unor persoane obligate la aceasta;

b) nu au locuință şi nici posibilitatea să-şi asigure condiții de locuit pe baza prorpiilor resurse;

c) nu realizează venituri proprii sau acestea sunt insuficiente pentru asigurarea îngrijirii necesare;

d) nu se pot gospodări singuri sau necesită îngrijire specializată;

e) nu-şi pot asigura nevoile sociomedicale datorită bolii sau stării fizice/ psihice.

Pentru a putea beneficia de asistență socială este necesar existe o ***Cerere*** a persoanei vârstnice interesate, a reprezentantului legal al acesteia, a instanței judecătorești, a personalului de specialitate din cadrul consiliului local, a poliției, a organizației pensionarilor, a unităților de cult recunoscute în România sau a organizațiilor neguvernamentale care au ca obiect de activitate asistența socială a persoanelor vârstnice. Cererea se adresează compartimentelor de asistență socială din cadrul primăriilor, iar dreptul la servicii se stabilește în urma unei anchete sociale efectuate la domiciliul vârstnicului.

Evaluarea inițială a situației persoanelor vârstnice se realizează prin ***anchetă socială*** care se elaborează pe baza datelor cu privire la afecțiunile ce necesită îngrijire specială, capacitatea de a se gospodări şi de a îndeplini cerințele fireşti ale vieții cotidiene, condițiile de locuit, precum şi veniturile efective sau potențiale considerate minime pentru asigurarea satisfacerii nevoilor curente ale vieții.

În urma analizei situației sociale, economice și medicale a persoanei vârstnice, prin ancheta socială se propune ***măsura de asistență socială*** justificată de situația de fapt constatată (cu ***consimțământul*** persoanei vârstnice sau, în situația în care starea de sănătate a persoanei vârstnice nu permite obținerea consimțământului acesteia, cu acceptul rudelor de gradul I ale persoanei respective sau, în lipsa acestora, cu acceptul unui alt membru de familie):

a. îngrijirea în centre de zi, cluburi pentru vârstnici, case de îngrijire temporară, apartamente și locuințe sociale etc.;
b. îngrijire temporară sau permanentă la domiciliu;
c. îngrijire temporară sau permanentă într-un cămin pentru persoane vârstnice.

După cum se poate observa, măsurile de asistență socială sunt graduale, de la cea mai simplă măsură ce poate fi instituită, până la cea mai complexă măsură, care se ia, de regulă, în cazul în care primele două nu funcționează / nu au funcționat în cazul respectiv (”Legea nr. 17 din 6 martie 2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice”, republicată în 2007). Acordarea îngrijirii la domiciliu reduce la jumătate costurile pe care le presupune îngrijirea într-un centru rezidențial (Gîrleanu, 2002, p. 80).

În România s-au dezvoltat următoarele tipuri de ***instituții specializate de asistență socială a vârstnicilor*** (aceste instituții pot funcționa atât individual, cât şi grupate într-un complex de servicii comunitare):

Tabelul 16. ***Tipuri de servicii sociale destinate vârstnicilor***

Tipuri de servicii sociale destinate vârstnicilor	Servicii acordate	Observații
Centre rezidențiale	Găzduire pe termen lung / nedeterminat Servicii de infirmerie Recuperare Terapie Socializare şi petrecerea timpului liber Consiliere	În această categorie se încadrează centre de talie mare, dar şi centre de tip familial.
Centre rezidențiale tip „respiro"	Găzduire pe termen scurt Servicii de infirmerie Recuperare Socializare şi petrecerea timpului liber Consiliere	Persoanele vârstnice care locuiesc în familie pot beneficia de rezidență şi îngrijire pe termen scurt – respectiv în perioada în care familia pleacă în concediu sau nu poate să-i asigure îngrijirea din diferite motive.
Centre de primire în regim de urgență	Găzduire pe termen scurt, cu primire fără formalități Evaluare în vederea găsirii unei soluții de reintegrare familială sau protecție rezidențială pe termen mediu / lung	În acest tip de centru sunt găzduiți vârstnicii găsiți în stradă, inclusiv cu identitate necunoscută, sau vârstnicii abandonați în spital, care locuiesc singuri şi nu se mai pot autoîntreține. Perioada de rezidență este limitată – în acest interval se realizează evaluarea complexă.
Centre de îngrijire medico-socială	Servicii de infirmerie Asistență medicală Consiliere	Centre de îngrijire înființate în vederea reducerii numărului de paturi spitaliceşti ocupate în mod permanent de persoane dependente de îngrijire medicală permanentă.

Centre de îngrijire tip „Hospice”, pentru vârstnicii aflați în fază terminală	Servicii de infirmerie Asistență medicală Consiliere	Servicii specializate care asigură îngrijirea persoanelor vârstnice aflate în fază terminală. Aceste instituții sunt foarte bine dotate cu echipament medical. În general serviciile sunt prestate de o echipă multidisciplinară în care pe lângă personalul medical, specialişti în domeniul tanatologiei joacă un rol esențial. Serviciile centrului vizează atât beneficiarul cât şi aparținătorii acestora.
Locuințe protejate	Găzduire pe termen lung / nedeterminat Servicii de infirmerie Consiliere Socializare	Servicii caracterizate prin oferirea de locuințe special construite şi amenajate pentru persoane vârstnice. Acest sistem de locuințe sau chiar mini-cartiere pe lângă serviciile conexe după caz (menaj, însoțire, cumpărături, spălătorie, activități de recreare, cantină pe roți, coafură, masaj, kinetoterapie etc.) asigură un mediu cu grad de securitate ridicată.
Servicii de asistență la domiciliu	Servicii de infirmerie Ajutor pentru realizarea igienei personale Prepararea hranei Administrarea de medicamente Îngrijirea locuinței şi gospodăriei, ajutor pentru menaj Informare	Sunt servicii comunitare care includ o unitate de coordonare şi echipe mobile care se deplasează la domiciliul beneficiarilor pentru a le furniza serviciile personalizate de care au nevoie. Concepute într-o manieră flexibilă, serviciile de asistență la domiciliu pot dezvolta, în

	Consiliere Socializare	funcție de nevoi, componente specializate, cum ar fi „ambulanța socială”, prin care se asigură asistența medicală preventivă la domiciliu şi consilierea solicitanților, în vederea prevenirii instalării situațiilor de dependență sau de risc vital.
Centre de zi de îngrijire şi recuperare	Recuperare Terapie Consiliere Informare Socializare şi petrecerea timpului liber Servirea mesei Consilierea familiei	Serviciul are componente specializate, cu accent pe îngrijire, asistență medicală şi recuperare. Astfel de servicii pot fi înființate pentru a răspunde unor nevoi specifice ale unui public țintă bine definit: de exemplu, centru de zi pentru vârstnicii bolnavi de Alzheimer.
Centre de zi de socializare „Clubul seniorilor”	Informare Consiliere Socializare şi petrecerea timpului liber Terapie ocupațională Stimularea voluntariatului persoanelor vârstnice	Aceste centre sau cluburi pun accent pe socializare şi petrecerea timpului liber în grup, fiind servicii relativ uşor de realizat la nivel de cartier / localitate. Vârstnicii pot fi antrenați în activități voluntare, ei reprezentând o resursă a comunității, în programe cu caracter educativ şi social.
Cantină socială	Servirea mesei Socializare	Este un serviciu destinat tuturor categoriilor de vârstă, nu doar persoanelor vârstnice. Se recomandă ca aceste cantine să funcționeze în complementaritate cu centre de zi sau cluburi, pentru ca

		funcția de socializare să fie mai bine îndeplinită.
Servicii de consiliere şi asistență hot-line	Informare Consiliere (orientare către alte servicii)	Informarea şi consilierea se realizează telefonic pe tot parcursul zilei (24 de ore). Sunt servicii adaptate comunităților urbane, marilor cartiere în care persoanele vârstnice se simt izolate. Răspund nevoii de comunicare a vârstnicilor şi sunt servicii complementare celor de asistență, de îngrijire sau de petrecere a timpului liber.

Sursa: Popescu, Toea şi Turcu, 2004, p. 56-58

Evaluarea complexă: nevoile (medicale, socio-medicale, psiho-afective) persoanelor vârstnice aflate în situația de pierdere totală sau parțială a autonomiei se stabilesc pe baza ***grilei naționale de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice***, care prevede criteriile de încadrare în grade de dependență: "Hotărârea de Guvern nr. 886 din 5 octombrie 2000 pentru aprobarea Grilei naționale de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice". Această grilă se aprobă prin Hotărâre a Guvernului, la propunerea ministerului muncii şi a ministerului sănătății, și ar trebui revizuită anual sau obligatoriu o dată la 3 ani, fapt care însă nu s-a realizat. În concluzie, după stabilirea măsurii de protecție ce necesită a fi implementată (a se vedea mai sus: a, b, c), vârstnicul este încadrat într-un grad de dependență ("Legea nr. 17 din 6 martie 2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice", republicată în 2007). Este necesar să facem distincția între grade de dependență, grade de invaliditate (Casa Județeană de Pensii), grade de handicap (Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului, DGASPC).

Prin ***dependență*** înțelegem: pierderea (diminuarea) autonomiei; necesitatea de a fi îngrijit de către o altă persoană; rezultatul pierderii autonomiei din cauze fizice sau psihice (mentale) ce impune un ajutor semnificativ şi/sau îngrijire pentru a realiza activități de bază ale vieții de zi cu zi (Bogdan, 2002, p. 132-133).

Legislația în vigoare stabilește următoarele ***grade de dependență***:

Persoane vârstnice dependente – IA, IB și IC

- *gradul IA* - persoanele care și-au pierdut autonomia mentală, corporală, locomotorie, socială și pentru care este necesară prezența continuă a personalului de îngrijire;
- *gradul IB* - persoanele grabatare (bolnav care nu este capabil să mai părăsească patul, din cauza stării sale), lucide sau ale căror funcții mentale nu sunt în totalitate alterate și care necesită supraveghere și îngrijire medicală pentru marea majoritate a activităților vieții curente, noapte și zi; aceste persoane nu își pot efectua singure activitățile de bază de zi cu zi;
- *gradul IC* - persoanele cu tulburări mentale grave (demente), care și-au conservat, în totalitate sau în mod semnificativ, facultățile locomotorii, precum și unele gesturi cotidiene pe care le efectuează numai stimulate; necesită o supraveghere permanentă, îngrijiri destinate tulburărilor de comportament, precum și îngrijiri regulate pentru unele dintre activitățile de igienă corporală;

Persoane vârstnice semidependente – IIA, IIB și IIC

- *gradul IIA* - persoanele care și-au conservat autonomia mentală și parțial autonomia locomotorie, dar care necesită ajutor zilnic pentru unele dintre activitățile de bază ale vieții de zi cu zi;
- *gradul IIB* - persoanele care nu se pot mobiliza singure din poziția culcat în picioare, dar care, o dată ridicate, se pot deplasa în interiorul camerei de locuit și necesită ajutor parțial pentru unele dintre activitățile de bază ale vieții de zi cu zi;
- *gradul IIC* - persoanele care nu au probleme locomotorii, dar care trebuie să fie ajutate pentru activitățile de igienă corporală și pentru activitățile instrumentale;

Persoane vârstnice independente – IIIA și IIIB

- *gradul IIIA* - persoanele care se deplasează singure în interiorul locuinței, se alimentează și se îmbracă singure, dar care necesită un ajutor regulat pentru activitățile instrumentale ale vieții de zi cu zi; în situatia în care aceste persoane sunt găzduite într-un cămin pentru persoane vârstnice ele sunt considerate independente;
- *gradul IIIB* - persoanele care nu și-au pierdut autonomia și pot efectua singure activitățile vieții cotidiene ("Hotărârea de Guvern nr. 886 din 5 octombrie 2000 pentru aprobarea Grilei naționale de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice").

Pe baza evaluării nevoilor persoanei vârstnice şi a încadrării într-un grad de dependență se stabilesc tipurile de servicii recomandate a fi acordate la domiciliu sau în instituție (îngrijire temporară sau permanentă). Vârstnicii pot să beneficieze de următoarele ***servicii sociale şi medicale***:

- consiliere juridică şi administrativă;
- sprijin pentru plata unor servicii şi obligații curente;
- îngrijirea locuinței şi gospodăriei;
- ajutor pentru menaj;
- prepararea hranei;
- ajutor pentru realizarea igienei personale;
- servicii de infirmerie;
- administrarea de medicamente;
- menținerea sau readaptarea capacităților fizice şi psihice;
- adaptarea locuinței la nevoile persoanei vârstnice;
- asigurarea unor programe de ergoterapie;
- consultații şi îngrijiri medicale la domiciliu sau în instituții de sănătate;
- consultații şi îngrijiri stomatologice;
- acordarea de materiale sanitare şi de dispozitive medicale;
- îngrijirea temporară în centre de zi, aziluri de noapte sau alte centre specializate;
- antrenarea în activități economice, sociale şi culturale;
- prevenirea marginalizării sociale şi sprijinirea pentru reintegrarea socială

(”Legea nr. 17 din 6 martie 2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice”, republicată în 2007).

Finanțarea asistenței sociale pentru persoanele vârstnice se realizează atât din fonduri bugetare (împărțirea responsabilității între administrația publică centrală şi cea locală), cât şi din contribuția persoanelor vârstnice sau a susținătorilor legali ai acestora.

Îngrijire în cămin: dacă vârstnicii dispun de venituri proprii suficiente, atunci au obligația să plătească lunar o contribuție de întreținere, stabilită pe baza costului mediu lunar de întreținere – maxim 60% din veniturile personale lunare, fără a se depăşi costul mediu lunar de întreținere aprobat pentru fiecare cămin; dacă vârstnicul nu reușește să acopere valoarea integrală a contribuției lunare de întreținere, atunci suținătorii legali plătesc diferența necesară sau pot decide să acopere integral contribuția lunară datorată; dacă veniturile vârstnicului și ale susținătorilor legali sunt insuficiente, atunci se stabilește care este cuantumul cu

care aceştia contribuie; dacă persoana vârstnică nu are venituri și nici susținători legali, atunci îngrijirea rezidențială se asigură fără plata contribuției.

Îngrijiri la domiciliu: vârstnicii care dispun de venituri proprii suficiente trebuie să plătească o contribuție lunară în funcție de serviciile de care beneficiază la domiciliu; cei care nu obțin venituri sau obțin venituri insuficiente beneficiază de îngrijiri la domiciliu fără plata contribuției ("Legea nr. 17 din 6 martie 2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice", republicată în 2007, art. 20-26).

Persoana vârstnică va fi asistată, la cererea acesteia sau din oficiu, în vederea încheierii unui act juridic de ***înstrăinare*** (gratuit) a ***bunurilor*** ce-i aparțin, ***în scopul întreținerii și îngrijirii*** sale, de un reprezentant al autorității tutelare a consiliului local (în a cărui rază teritorială domiciliază vârstnicul respectiv). Obligația de întreținere și de îngrijire, precum și modalitatile practice de executare a lor vor fi menționate expres în actul juridic încheiat de notarul public. Autoritatea tutelară a consiliului local în a cărui rază teritorială domiciliază persoana vârstnică va primi din oficiu un exemplar al actului juridic încheiat.

Neexecutarea obligației de întreținere și de îngrijire de către noul proprietar al bunurilor obținute ca urmare a actului juridic de înstrăinare poate fi sesizată autorității tutelare a consiliului local în a cărui rază teritorială domiciliază persoana vârstnică de către orice persoană fizică sau juridică interesată; autoritatea tutelară se poate sesiza și din oficiu. În termen de 10 zile de la sesizare, autoritatea tutelară a consiliului local va efectua ancheta socială completă a cazului și, dacă sesizarea se dovedește veridică, va propune măsurile necesare de executare legală a dispozițiilor înscrise în actul juridic încheiat ("Legea nr. 17 din 6 martie 2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice", republicată în 2007, art. 30-34).

Intervenția asistentului social. Pentru facilitarea adaptării individului la modificările inerente ale îmbătrânirii, asistentul social poate interveni și sprijini vârstnicul la:

a. *conștientizarea modificărilor fizice, psihice și sociale pe care le presupune procesul de îmbătrânire tocmai pentru a accepta limitele sau constrângerile impuse*; o persoană vârstnică, care refuză să accepte/ neagă modificările ce survin odată cu înaintarea în vârstă încercând să se angajeze în aceleaşi activități pe care le făcea şi în tinerețe, constată că nu mai are aceeaşi forță/ putere în îndeplinirea sarcinii și are dificultăți în acceptarea acestor limitări;
b. *reevaluarea scopurilor*; se presupune că învățarea este un proces care durează toată viața, prin urmare o adaptare reuşită la situația de față depinde, pe de o parte, de abilitatea vârstnicului de a învăța din

experiențele noi ce apar odată cu procesul de îmbătrânire şi, pe de altă parte, de modificările în ceea ce priveşte scopurile vieții;

c. *identificarea de noi resurse ale propriei identități şi ale stimei de sine*; pierderea sau reducerea stimei de sine poate avea loc odată cu trecerea la vârsta bătrâneții atunci când această stimă de sine se baza preponderent pe statutul profesional, statut pe care tocmai l-a pierdut; dacă indivizii reuşesc să-şi redirecționeze energiile spre noi roluri şi preocupări, atunci sunt mai capabili să-şi păstreze stima şi valoarea de sine; asistentul social poate îndruma vârstnicul spre preocupări relaxante pentru el sau spre activități voluntare într-un anume domeniu (Zaha, 2004, p. 10).

O problemă esențială care marchează starea vârstnicului este cea legată de muncă, de *reducere a capacității de efort* (fizic şi intelectual) şi de *încetare a activității sistematice*, organizate. Acțiunile asistentului social se centrează pe *terapie ocupațională*, pe trecerea treptată de la ocupația de bază la activități secundare, auxiliare, de timp liber, grădinărit, exerciții fizice etc.. Prin urmare, este important *să prevenim „patologia" statutului de pensionar*, adică, pe de o parte, să pregătim persoana în cauză pentru pensionare şi pentru îmbătrânire (activități de consiliere şi negociere preventive pentru a evita şocul noii situații) şi, pe de altă parte, să consiliem familia vârstnicului în legătură cu problematica pe care o generează apariția în familie a unui pensionar (ce semnificație are acest fapt pentru ceilalți, ce schimbări de conduită ar putea apărea, ce atitudini de conduită trebuie să se promoveze în noul context) (Miftode, 2004, p. 163-164).

Pentru ca experiența pensionării să aibă efecte negative cât mai reduse *asistentul social* împreună cu psihologul poate interveni *preventiv* prin pregătirea psihică a vârstnicului pentru *acceptarea ideii de pensionare* şi *diminuarea halo-urilor negative ale pierderii slujbei*. Astfel vârstnicii pot fi ajutați nu numai să se împace cu ideea de retragere din activitate ci şi *să îşi completeze agenda săptămânală cu alte genuri de activități*: implicarea în asociația pensionarilor, organizarea unor colecte sau tombole, participarea la programele unor cluburi, implicarea în activități de voluntariat etc..

Cei recent pensionați pot fi îndrumați *să-şi aducă contribuția la soluționarea unor probleme sociale* având în vedere experiența acumulată şi perspectiva dobândită. „Bătrânii tineri" (60-75 ani) pot fi utili asistenților sociali în *demararea unor proiecte pentru comunitate*. Activitatea de *voluntariat* substituie activitatea întreruptă prin pensionare şi garantează o supapă psihică specifică vârstnicilor pentru care a oferi serviciile şi ajutorul reprezintă o necesitate psihică, o dimensiune a personalității.

Îngrijirea „bătrânilor bătrâni" (peste 75 ani) *de către „bătrânii tineri"*(60-75 ani) reprezintă o altă formă de utilizare eficientă a energiei şi deprinderilor acestora (această activitate implică un efort fizic, financiar şi emoțional).

În concluzie, este necesar ca asistentul social *să orienteze vârstnicii spre activități prin care să se valideze utilitatea lor*. Studiile relevă faptul că adulții bătrâni nu sunt mai rigizi decât cei tineri, persoanele de peste 65 de ani sunt însă mai constante din punct de vedere emoțional, mai puțin deschise noilor experiențe, mai introspective, însă interesele, atitudinile şi structurile de comportament asociate cu rolurile şi statusurile aflate în schimbare sunt elemente care prin modificarea lor periodică explică flexibilitatea clienților vârstnici (Farcaş, 1995, p. 200-204).

Analizând un studiu de caz bine realizat și structurat, observăm că tehnica centrării pe sarcină, metodă specifică asistenței sociale, se dovedește utilă în cazul unei familii multiproblematice din care face parte și o bunică văduvă. Studiul relevă particularitățile unei astfel de familii, modul în care izolarea socială influențează fiecare membru al familiei. De apreciat este felul în care autorii subliniază și explică efectele intervenției asistentului social pe parcursul fiecărei etape (Neamțu N., Capota, 2012, p. 154-168).

Conform recomandărilor internaționale, politicile sociale din România privind protecția vârstnicilor ***promovează "îmbătrânirea activă"*** printr-o serie de măsuri. Una dintre acestea o reprezintă posibilitatea de cumul a pensiei cu salariul (excepție făcând la un moment dat domeniul public), adică vârstnicul poate continua să muncească și după împlinirea vârstei legale de pensionare. Din nefericire însă, angajatorii nu sunt stimulați să păstreze sau să angajeze persoane vârstnice precum se întâmplă în cazul persoanelor cu dizabilități. Un număr foarte redus de angajatori recunosc valoarea vârstnicului și continuă "să-l folosească". În alte țări dezvoltate vârstnicul este menținut în calitate de consilier / mentor pentru cei care îi preiau poziția și nu numai. O altă măsură prin care susținem o "viață activă" este implicarea vârstnicului în tot felul de activități voluntare, bineînțeles dacă acesta doreşte să participe. Întâmpinăm însă, încă, dificultăți de organizare și informare a vârstnicilor.

2.5. CONCLUZII

Pe plan internațional există o *preocupare continuă* privind problematica persoanelor vârstnice. Ziua de 1 octombrie este considerată ”*ziua internațională* a persoanelor vârstnice”, iar luna octombrie este dedicată în întregime sărbătoririi vârstnicilor (*”luna senectuții”*), tocmai pentru a recunoaşte importanța crescută a acestui segment social şi pentru a sensibiliza comunitatea asupra valorii acestei categorii de vârstă peste tot în lume.

Obiectivele politicii internaționale vizează: dezvoltarea şi diversificarea mijloacelor de *susținere la domiciliu*; încurajarea *solidarității familiale*; ameliorarea *calității vieții* în centrele rezidențiale; accent pe prevenirea riscurilor de sărăcie şi dependență a persoanelor vârstnice (*asistență socială preventivă*); folosirea *potențialului de activitate al pensionarilor* prin promovarea celor mai bune practici privind forța de muncă vârstnică. Toate acțiunile întreprinse la nivelul fiecărui stat urmăresc promovarea unei *„societăți pentru toate vârstele”* şi *„îmbătrânirea activă”* (prevenirea îmbolnăvirilor şi a dependenței). Dacă până nu demult se insista pe asistența instituțională, în prezent accentul cade pe prevenire, păstrarea integrării sociale şi familiale, stimularea activismului restant, utilizarea în dezvoltare a vârstnicilor activi, prelungirea vârstei limită de pensionare. Problemele cu care se confruntă vârstnicii îi afectează nu numai pe aceştia, ci şi pe copiii şi nepoții lor, motiv pentru care protejarea acestei categorii de vârstă devine o prioritate.

Un prim nivel de protecție pentru cei care şi-au pierdut sau diminuat capacitatea de muncă ca urmare a bătrâneții, invalidității sau decesului (pensie pentru limită de vârstă, pensie de invaliditate, pensie de urmaș etc.) îl reprezintă *asigurările* sociale de *bătrânețe*. În perioada 2005-2020, numărul total de pensionari de asigurări sociale de stat (*Pilon I*) din România s-a menținut relativ constant (cu mici fluctuații) în jurul valorii de *4.670.000 pensionari*, iar ponderea cea mai mare au ocupat-o beneficiarii de pensii pentru limită de vârstă (în 2020, din cei 4.671.893 de pensionari ai Pilonului I, 3.597.961 sunt pensionari pentru limită de vârstă). Reducerea numărului de pensionari de invaliditate cu 46,1% în perioada 2010-2020 denotă o schimbare de politică socială în ultimii ani și controale mai riguroase la încadrarea în grad de invaliditate.

Pentru asigurarea sustenabilității sistemelor publice de pensii și creşterea calității vieții pensionarilor la un nivel mai apropiat de cel din perioada activă / vârsta activă, la nivel european s-a ridicat problema reformării acestor sisteme de pensii și astfel s-a introdus şi implementat în cadrul sistemului de asigurări sociale două componente noi, una obligatorie, cealaltă facultativă, ambele administrate de

către companii private. România a introdus în anul 2007 sistemul de pensii private (până atunci au existat doar pensiile de stat), după un model testat și recomandat de Banca Mondială: în luna mai 2007 au fost colectate primele contribuții la fondurile de pensii facultative (*Pilonul III*, privat facultativ); în perioada 17 septembrie 2007 - 17 ianuarie 2008 persoanele ce se încadrau în limitele de vârstă stabilite de lege au fost obligate să adere la unul dintre fondurile administrate privat, autorizate în România (*Pilonul II*, privat obligatoriu). Sistemele de pensii private (Pilonii II și III) au fost introduse tocmai pentru a răspunde la limitările Pilonului I. Deși ”Legea nr. 411 din 18 octombrie 2004 privind fondurile de pensii administrate privat”, în forma sa inițială, prevedea o creștere graduală a cotei de contribuții pentru Pilonul II cu 0,5% anual în perioada 2008-2016, de la 2% la 6%, constatăm că în prezent (2020) această cotă este de doar *3,75%*.

Scăderea numărului de contribuabili la bugetul asigurărilor sociale (datorită îmbătrânirii demografice, pensionărilor anticipate, perioadelor de şomaj, pieței negre a muncii etc.) a determinat România să crească treptat *vârsta standard de pensionare* la 65 de ani pentru bărbați (2015) și 63 de ani pentru femei (2030). Aceeași măsură s-a luat și în alte state europene, însă diferă vârstele stabilite (țările cu populație mai îmbătrânită demografic decât România au stabilit limite de vârstă uşor mai ridicate); sunt țări în care există aceeași vârstă de pensionare atât la bărbați, cât și la femei. Măsura creşterii vârstei de pensionare a condus la sporirea numărului de contribuabili și mărirea pensiilor (prin creşterea stagiului de cotizare şi a posibilităților fondului de pensii).

Prin formula de calcul a pensiei, bazată pe *sistemul punctelor de pensie*, se asigură o legătură directă între cuantumul pensiei şi contribuțiile achitate de asistat pe tot parcursul perioadei active. În septembrie 2020, un punct de pensie valorează 1.442 lei. *Tinerii* continuă să aibă o viziune centrată pe prezent, neconştientizând riscurile la care se expun dacă nu contribuie la sistemul de asigurări. Faptul că sistemul de pensii este organizat pe cei trei piloni (public obligatoriu, privat obligatoriu, privat facultativ) permite distribuirea riscurilor. *Femeile* par să fie în continuare mai dezavantajate decât bărbații datorită: diferența de salarizare în raport cu bărbații, vârsta mai mică de pensionare, speranța de viață mai mare, întreruperile în munca plătită datorate familiei.

În prezent (2020) pensionarii beneficiază în mod gratuit de *asigurări sociale de sănătate* (fără plata contribuției de 10% din venitul brut). Ei se bucură de aceleaşi drepturi precum celelalte persoane asigurate la acest sistem. Sunt încă o serie de vârstnici care nu cunosc posibilitatea de a beneficia de îngrijiri medicale la domiciliu decontate prin Casa de Asigurări de Sănătate.

Ministerul Muncii și Protecției Sociale este cel care *elaborează politica de asistență socială* şi *promovează drepturile persoanelor vârstnice* alături de cele ale altor grupuri țintă: familie, copil, persoane cu dizabilități, alte persoane aflate în nevoie. *Participarea vârstnicilor la procesul decizional* se realizează prin intermediul Consiliului Național al Persoanelor Vârstnice şi al Comitetelor Consultative de Dialog Civic pentru Problemele Persoanelor Vârstnice constituite în cadrul prefecturilor.

Asistența socială a persoanelor vârstnice din România este reglementată prin Legea nr. 17 din 6 martie 2000, republicată în 2007, cu modificările ulterioare. Pe lângă delimitarea clară a conceptului de „persoană vârstnică", legea stabileşte *măsurile de protecție* care pot fi luate (îngrijire temporară sau permanentă la domiciliu, în centre rezidențiale, în centre de zi, cluburi pentru vârstnici, apartamente şi locuințe sociale), precum şi *serviciile* pe care le presupun acestea (servicii sociale, socio-medicale şi medicale). Principalele *tipuri de instituții* specializate de asistență socială pentru vârstnici care s-au dezvoltat în România sunt: centre rezidențiale, centre rezidențiale de tip „respiro", centre de primire în regim de urgență, centre de îngrijire medico-socială, centre de îngrijire tip „Hospice" pentru vârstnicii aflați în fază terminală, locuințe protejate, servicii de asistență la domiciliu, centre de zi (de îngrijire şi recuperare, de socializare), cantină socială, servicii de consiliere şi asistență hot-line.

Sistemul actual de protecție socială a persoanelor vârstnice poate fi structurat pe cele două componente:

- *prestații sociale*/ suplinesc o lipsă financiară a individului/ transfer în bani sau în natură (bunuri, produse):
  - pensia pentru limită de vârstă, pensia anticipată, pensia anticipată parțială, pensia de invaliditate, pensia de urmaş, indemnizație socială pentru pensionari (pensia minimă), tratament balnear, bilete de odihnă, ajutor de deces (Casa Județeană de Pensii);
  - indemnizația lunară și bugetul personal complementar lunar (dizabilități) (Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului);
  - ajutor social, ajutor pentru încălzirea locuinței, ajutor de înmormântare, ajutor de urgență, ajutoare alimentare, produse de igienă, articole de îmbrăcăminte și încălțăminte pentru persoanele fără adăpost (Direcția de Asistență Socială/ Compartiment de Asistență Socială – Primărie);
  - gratuități sau subvenții/ compensări pentru medicamente, transport în comun sau interurban, abonamente radio-TV etc.);
- *servicii sociale* / suplinesc o lipsă de capacități a individului:

- servicii de îngrijire în centre de zi, cluburi pentru vârstnici, case de îngrijire temporară, apartamente și locuințe sociale etc.;
- servicii de îngrijire temporară sau permanentă la domiciliu;
- servicii de îngrijire temporară sau permanentă într-un cămin pentru persoane vârstnice (centre rezidențiale: găzduire, supraveghere, asistare, îngrijire, recuperare, suport și consiliere);
- servicii de informare și consiliere primară (asistent social);
- servicii de consiliere specializată (psiholog);
- servicii de îngrijire a sănătății;
- servicii de prevenire a sărăciei și excluziunii sociale;
- cantină socială/ ”masă pe roți”.

Comparând sistemele de protecție socială din Uniunea Europeană dedicate vârstnicilor putem spune că în România există mai degrabă un *decalaj de dezvoltare*: a fost elaborată legislația din domeniu, dar aceasta ar putea fi îmbunătățită (de exemplu, legea asistenței sociale a persoanelor vârstnice ar putea fi structurată mult mai bine în ceea ce privește etapele care se parcurg în asistarea unei vârstnic) și actualizată (de exemplu, Grila de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice, ce trebuia revizuită anual sau obligatoriu o dată la 3 ani, nu a fost actualizată deloc din 2000); standardele minime de cost au fost îndelung așteptate de către furnizorii de servicii; serviciile publice de asistență socială special dezvoltate pentru vârstnici sunt insuficiente pentru a acoperi cererea existentă (din păcate, ne-am centrat extrem de mult pe dezvoltarea domeniului protecției copilului neglijând alte categorii sociale cu nevoi la fel de stringente; acest lucru se poate observa și în denumirea principalei instituții județene de asistență socială, care ar trebui să se adreseze tuturor grupurilor vulnerabile: Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului, DGASPC); nu există încă o coerență în organizarea sistemului de asistență socială a vârstnicilor: serviciile publice se implică mult prea puțin, fondurile bugetare alocate pentru vârstnici sunt insuficiente, spațiile alocate căminelor pentru vârstnici sunt adesea în clădiri vechi, neizolate termic, al căror cost de întreținere este ridicat, se pune accent pe recuperare și aproape deloc pe prevenție, nu există o colaborare reală între serviciile publice şi cele private, deseori remarcăm suprapuneri de servicii în cazul unor beneficiari din lipsa unei baze de date accesibile tuturor furnizorilor; în mediul rural, sistemul public și privat de asistență socială a vârstnicilor este centrat pe acordarea de beneficii sociale (prestații sociale) și foarte puțin pe oferirea de servicii sociale accesible direct în comunitate (de exemplu, serviciile de asistență la domiciliu).

CAP. 3. ANALIZA NEVOILOR VÂRSTNICILOR [1]

3.1. VÂRSTNICII ȘI TIPOLOGIA NEVOILOR

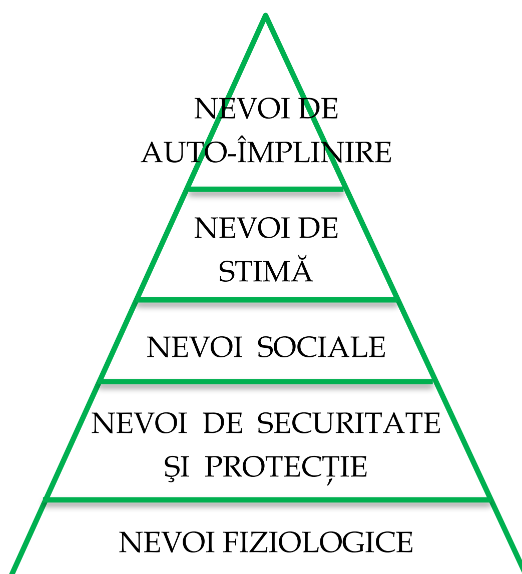
Conceptul de ***nevoie*** se referă la „o lipsă, o diferență între starea reală şi starea de dorit, situație recunoscută/confirmată de către membrii comunității şi care poate fi schimbată" (Reviere, Berkowitz, Carter şi Ferguson, 1996, p. 5). Este necesar să distingem cele două dimensiuni ale conceptului: identificarea a ceea ***ce este necesar***, ceea ***ce lipseşte*** pentru a se realiza o stare-obiectiv; ***îngrijorarea morală***, forța care motivează, orientează sau determină acțiunea (McKillip, 1998, p. 262).

De-a lungul timpului, o serie de experți (psihologi, specialiști în politici sociale etc.) au încercat să construiască o ***tipologie a nevoilor***. Cea mai cunoscută este cea realizată de *Abraham* ***Maslow*** în 1954 („Motivation and Personaliy"). Autorul susține că pe toți ne motivează *aceleași nevoi universale*, nevoi ce pot fi *ierarhizate* și care necesită a fi *satisfăcute* pornind *de la nevoile de bază* (supraviețuire, securitate) și îndreptându-ne apoi *spre cele superioare* (dragoste, stimă de sine şi auto-împlinire). Deși aceleași nevoi universale ne motivează comportamentul, constatăm că *diferă strategiile de satisfacere a nevoilor* (căi diferite).

Nevoile omului nu vor fi pe deplin satisfăcute niciodată, susține Maslow, deoarece odată ce o nevoie este satisfăcută, aceasta trece într-o stare de latență, nu mai acționează ca motivator al acțiunii umane (al comportamentului), și o nouă nevoie, din categoria imediat superioară, se întrezărește, devine manifestă și ne dirijează comportamentul.

---

[1] Acest capitol este parțial publicat în Bodogai, Simona Ioana (2009). "Protecția socială a persoanelor vârstnice". Oradea: Ed. Universității din Oradea, p. 129-179.



Sursa: Maslow, 1954 – apud Zamfir E., 2003, p. 100

Figura 6. ***Piramida nevoilor***

După cum se poate observa în figură, tipologia realizată de Maslow cuprinde cinci mari clase de necesități/ nevoi/ trebuințe:

- *nevoi fiziologice* (de subzistență) – condițiile necesare pentru supraviețuirea individului, menținerea echilibrului și integrității umane: hrană, îmbrăcăminte, adăpost;
- *nevoi de securitate și protecție* – condițiile ce asigură pe termen lung desfăşurarea normală, în siguranță, a vieții: slujbă și condiții de muncă fără pericole, venituri sigure, asigurări sociale (asigurări de bătrânețe, șomaj, sănătate), transferuri universale categoriale, asistență socială;
- *nevoi sociale* (de dragoste, afecțiune şi apartenență) – a iubi şi a fi iubit, a aparține unor grupuri sociale (grup de prieteni, colegi de muncă, comunitate);
- *nevoi de stimă* (de statut social) – autoapreciere (încredere în forțele proprii, independență și libertate) și apreciere din partea celorlalți (respect și recunoaştere, reputație, prestigiu);
- *nevoi de auto-împlinire* (de auto-actualizare) – a deveni ceea ce suntem capabili să fim; creștere și dezvoltare ca om; cunoaşterea şi înțelegerea realității (Maslow, 1954 – apud Zamfir E., 1997, p. 32-37, 78-88).

Deoarece comportamentul uman este direcționat de prima categorie de necesități nesatisfăcute din ierarhie/ tipologie/ piramidă, în ***asistență socială***, după

identificarea și evaluarea nevoilor (analiza nevoilor), intervenția ține cont de acea primă categorie de nevoi nesatisfăcute. De exemplu, nu vom interveni niciodată în satisfacerea stimei de sine a individului dacă nevoile inferioare, de afecțiune și apartenență la un grup social, nu au fost încă satisfăcute. Abia după ce reușim satisfacerea acestora, ne îndreptăm spre următoarea categorie din piramida nevoilor. Deci intervenția se face gradual, în funcție de satisfacerea treptată a fiecărui grup de nevoi. La primul contact cu orice individ, posibil nou beneficiar, asistentul social se asigură că minim nevoile de bază, de hrană, îmbrăcăminte și adăpost, sunt asigurate și abia apoi trece la evaluarea situației și celelalte etape ale procesului de asistare.

Reducerea nevoilor individuale la acele stări-obiectiv universale, precum propunea Maslow, se consideră neproductivă deoarece, în realitate, ***nevoile*** rar descriu situații universale sau fundamentale. Cel mai adesea nevoile sunt ***delimitate şi dependente de situația beneficiarilor***, fiind variabile de la un context la altul (Hatos, 2007, p. 45-46). Nevoile sunt relative, adică depind de experiențele de viață ale indivizilor. Acest fapt determină ***asistentul social*** sau cercetătorul să identifice și să evalueze nevoile fiecărui individ în parte sau ale grupului țintă vizat. Ierarhizarea și prioritizarea nevoilor se face împreună cu beneficiarul, respectând valorile specifice ale asistenței sociale: autodeterminarea individului (dreptul de a susține și exprima propriile opinii și de a se ghida după ele, atâta timp cât ceea ce fac nu încalcă drepturile altor persoane), unicitatea și demnitatea înnăscută a individului (fiecare individ este unic ca sistem de valori, personalitate, scopuri în viață, resurse, preocupări, experiențe, modele de comportament etc. și necesită să fie tratat astfel – individualizarea intervenției).

Analizând literatura de specialitate am încercat să identific tipologii ale nevoilor realizate pentru grupul vârstnicilor. ***Bradshaw*** (1972 – apud Bradshaw, 1994, p. 45-47) analizează nevoile persoanelor în vârstă de peste 80 de ani și distinge patru categorii de nevoi: *nevoi normative*, pe care le identifică specialiştii, profesioniştii (părerea experților cu privire la starea de dorit a membrilor unor grupuri); *nevoi resimțite*, adică necesități, dorințe, preferințe (exprimate sau nu) ale persoanelor în cauză; *nevoi exprimate*, care se manifestă în exterior, în comportament; *nevoi comparative*, care presupun compararea stării sau a utilizării unor servicii de către grupuri similare. Bradshaw precizează că atunci când descriem pe cineva ca fiind „în nevoie” ne gândim cu siguranță la diverse permutări ale celor patru categorii de nevoi. Cel mai probabil, o *nevoie* este *reală, adevărată*, *dacă toate cele patru* tipuri de nevoi sunt *prezente simultan*.

Isaacs şi Neville (1975 – apud Carr-Hill şi Dalley, 1999, p. 8) consideră că vârstnicii „în nevoie" pot fi împărțiți în trei grupuri: cei protejați în instituții, cei apărați/ îngrijiți de rude şi cei învinşi, care nu primesc îngrijirea de bază sau ale căror familii se confruntă cu mari probleme. Acestor grupuri le sunt asociate *nevoi de lungă durată* (efectuarea cumpărăturilor, a curățeniei etc.), *nevoi de scurtă durată* (asigurarea proviziilor de hrană şi apă etc.) şi *nevoi critice* (care apar la intervale scurte şi imprevizibile de timp).

Havighurst (1980, p. 11-17) apreciază că, dincolo de nevoile universale identificate de Maslow (valabile pentru toți oamenii, indiferent de categoria de vârstă), vârstnicii au şi anumite nevoi specifice:

- *nevoia de roluri sociale satisfăcătoare*, ce asigură recunoaştere socială şi stimă de sine (rolul de: prieten, membru în diverse grupuri sociale, cetățean informat etc.);
- *nevoia de securitate economică* (şansa de a-şi câştiga singuri existența);
- *nevoia de facilități sociale şi recreaționale*: locuri de întâlnire, jocuri specifice vârstei, grupuri de recreație coordonate, activități, artă/meserie;
- *nevoia de servicii de sănătate garantate* (servicii finanțate prin companii de asigurare sau din fonduri publice).

Harbert şi Ginsberg (1990, p. 226-311) delimitează trei mari categorii de nevoi ale vârstnicilor: *nevoi economice* (asistență financiară, locuință, transport, ocupație şi instruire); *nevoi de sănătate* (sănătate fizică şi psihică, îngrijire instituțională); *nevoi de petrecere a timpului liber* (recreare, voluntariat şi programe de auto-ajutorare).

Cordingley, Hughes şi Challis (2001, p. 5-13) menționează nevoile identificate de vârstnicii înşişi, care sunt adesea trecute cu vederea:

- *nevoi de scurtă durată datorate unor îmbolnăviri temporare* – pot conduce la probleme de lungă durată în lipsa unui sprijin adecvat din exterior;
- *nevoi ale îngrijitorilor vârstnici* – marea majoritate a celor care îngrijesc persoane vârstnice sunt ei înşişi vârstnici și au propriile lor nevoi care sunt adesea neglijate;
- *nevoia de îngrijire rezidențială datorată celibatului*, mai ales în cazul femeilor – femeile vârstnice singure au şanse de opt ori mai mari decât cele căsătorite de a trăi în centre rezidențiale, chiar dacă ele au cei mai mulți prieteni şi cele mai multe contacte cu rudele comparativ cu alte categorii de vârstnici; prin urmare, instituționalizarea nu se datorează izolării sociale, ci mai degrabă expectațiilor culturale existente în societate;
- *nevoia de îngrijire de către o persoană de același sex*, mai ales în ceea ce privește îngrijirea personală, fizică;

- *nevoi specifice grupului etnic* – accesul diferit la servicii;
- *nevoi ale vârstnicului invalid de o perioadă mai lungă de timp* – îmbătrânire prematură;
- *nevoi datorate numărului redus de servicii sociale și medicale care se adresează singurătății şi depresiei vârstnicilor*, probleme considerate inevitabile şi netratabile la această vârstă;
- *nevoi specifice vârstnicilor din centrele rezidențiale* – lipsa de personal calificat, lipsa de stimulare în aceste centre, activitățile țin seama de ceea ce este disponibil în interiorul centrelor, mai puțin de interesele vârstnicilor;
- *nevoi legate de faptul că vârstnicii ezită să apeleze la medicii generalişti*, chiar dacă şi-ar dori să fie ajutați, deoarece aceştia doar îi evaluează (le identifică problemele) şi *nu neapărat îi sprijină să aibă singuri grijă de propria sănătate* (medicii nu discută cu pacienții nevoile acestora legate de sănătate).

În concluzie, în ***literatura străină*** există câteva încercări de identificare şi clasificare (de realizare a unor tipologii) a nevoilor specifice vârstnicilor. Abordările sunt cât se poate de diverse, însă cred că sunt utile asistenților sociali care activează în domeniul protecției sociale a persoanelor vârstnice.

În ***România*** există câteva cercetări punctuale ce abordează problematica vârstnicilor, însă nu sunt suficiente şi comprehensive, motiv pentru care şi politicile sociale din domeniu se bazează mai degrabă pe estimări și aprecieri subiective.

Ana ***Bălaşa*** (2000, 2003, 2004, 2005) realizează în perioada 2000-2005 mai multe studii ce vizează: diagnoza calității vieții vârstnicilor la nivel global şi la nivelul unor comunități umane; protecția socială a persoanelor vârstnice în România; efecte şi provocări implicate de îmbătrânirea populației. Sunt surprinse diverse *probleme specifice* cu care se confruntă persoanele vârstnice şi sistemul de protecție socială.

Constantin ***Bogdan*** (2002, 2003, 2004, 2005, 2006) analizează în cercetările sale (unele în colaborare cu *Aurelia* ***Curaj***) o serie de aspecte privind asistența socială şi medicală a persoanelor vârstnice, politicile sociale din domeniu. Nu realizează neapărat o tipologie a nevoilor vârstnicilor, dar se referă frecvent la *probleme ale acestei categorii de vârstă*.

Denizia ***Gal*** (2003, p. 107-114) semnalează, pe lângă problemele clasice ale vârstnicilor (sprijinul economic, îngrijirea sănătății, transportul şi dizabilitățile, abandonul economic şi social, abuzul şi neglijarea de către familie), probleme noi precum: *conflictul intra-familial*, *conflictul cu legea* şi *lipsa locuinței*. Autoarea subliniază creşterea incidenței dezbinărilor dintre vârstnici şi copiii lor (datorate

distanțării afective) chiar şi atunci când sprijinul financiar şi spațiul de locuit nu constituie probleme. Principalele surse de dezbinare sunt: înşelarea vârstnicilor în aranjamentele financiare efectuate de către copii sau nepoți; dezaprobarea mariajului sau divorțului; dezaprobarea creşterii copiilor, alegerii carierei, fumatului, abuzului de alcool, opțiunii religioase; favorizarea unuia dintre copii.

Daniela ***Gîrleanu-Şoitu*** (2002, 2004, 2005, 2006 – p. 5-11, 189-198), analizând nevoia de protecție a persoanelor vârstnice, s-a focalizat şi asupra *analizei nevoilor exprimate* de vârstnici. Vârstnicii neinstituționalizați au identificat următoarele nevoi: *financiare/ materiale* (62,7%), *de sănătate* (26,9%), *recunoaştere/ apreciere* (6,0%) şi *de relaționare/ implicare* (4,5%). Satisfacerea acestor nevoi s-ar putea realiza prin implicarea: autorităților centrale (52,2%) şi/sau locale (11,9%); credinței în Dumnezeu (14,9%); vârstnicilor înșiși (11,9%); organizațiilor nonguvernamentale (1,5%). Prin urmare, vârstnicul se încredere în el însuși, în divinitate şi/sau în autorități de la care așteaptă sprijin material. Vârstnicii instituționalizați au exprimat următoarele nevoi: *financiare/ materiale* (31,3%), *de sănătate* (31,3%), *relaționare/ implicare* (17,9%), *recunoaştere/ apreciere* (10,4%), *autonomie* (6,0%), altele (3,0%). Comparativ cu vârstnicii neinstituționalizați, cei din instituții îşi doresc într-o măsură mai mare să relaționeze şi să fie apreciați. Actorii care ar putea împlini nevoile vârstnicilor instituționalizați sunt: autoritățile centrale (31,3%), autoritățile locale, de fapt conducerea centrului rezidențial (29,9%); divinitatea (10,4%); vârstnicii înșiși (10,4%); familia (11,9%); alții (6,0%).

Deși serviciile comunitare destinate protecției vârstnicilor erau prevăzute în legislație, sistemul de implementare era încă deficitar în ceea ce privește resursele disponibile, distribuirea și asumarea responsabilităților, existența unor metodologii de aplicare. *Dezvoltarea unor servicii eficiente* presupune prospectarea atentă a nevoilor persoanelor vârstnice, continua informare cu privire la aceste nevoi şi modalitățile eficiente de intervenție precum şi organizarea flexibilă, în rețea, a serviciilor specifice, atât la nivel local cât şi regional (Gîrleanu-Şoitu, 2006, p. 5-11, 189-198).

Carmen ***Stanciu*** (2005, 2008 – p. 27-31) structurează în trei categorii principalele probleme cu care se confruntă vârstnicii: *probleme financiare* datorate diminuării veniturilor personale în urma retragerii din activitatea profesională (sărăcie, marginalizare socială, deteriorare a stării de sănătate); *probleme de sănătate* ce conduc adesea la pierderea autonomiei (importanța prevenirii deteriorării situației sociale şi medicale a vârstnicilor prin servicii sociale); *probleme de integrare în societate* datorate marginalizării sau izolării sociale. Contracararea acestor probleme se poate face prin *politici sociale adecvate*: protejarea veniturilor seniorilor

printr-un sistem de pensii bine organizat; creşterea calităţii serviciilor medicale şi sociale oferite vârstnicilor; dezvoltarea serviciilor sociale pentru a răspunde cererii existente; sprijinirea formală şi informală a vârstnicilor pentru a duce o viaţă demnă şi independentă în mediul propriu; prevenirea situaţiilor de marginalizare socială şi stigmatizare.

Simona ***Bodogai*** (2005-2020) realizează o serie de cercetări privind problematica persoanelor vârstnice: reglementări juridice internaționale, aspecte bio-psiho-sociale ale senectuții, date și evoluții privind sistemul de pensii din România, excluziunea socială a vârstnicilor, dimensiunile fenomenului de îmbătrânire demografică, bătrânețe liniștită?, situația persoanelor vârstnice din județul Bihor, gradul de acoperire a nevoilor vârstnicilor prin rețelele de suport existente, vârstnicul în contextul transformărilor survenite în familia contemporană, educația la vârsta senectuții, abuzul asupra persoanelor vârstnice, metode și tehnici de intervenție, cercetări și politici publice, religiozitate și bunăstare subiectivă a populației vârstnice din Europa Centrală și de Est, acreditarea şi licențierea centrelor rezidențiale pentru vârstnici, calitate în serviciile sociale – intervenție şi standarde. În anul 2009 Simona Bodogai (p. 181-182) propune **TIPOLOGIA NEVOILOR VÂRSTNICILOR** :

1. ”accesul la îngrijire medicală adecvată;
2. sărăcie / lipsuri materiale;
3. dificultăţi de socializare, lipsă de companie;
4. informare şi consiliere defectuoasă;
5. probleme ale sistemului de asistenţă socială a vârstnicilor;
6. capacitate limitată de autogospodărire / nevoia de sprijin administrativ;
7. dependenţă de ceilalţi (problemele aparţinătorilor);
8. nevoi spirituale”.

Acesta este doar începutul unei construcții conștiente și planificate pe care îl presupune dezvoltarea socială în acest domeniu.

3.2. METODOLOGIE

Cercetarea publicată în 2009 a avut ca obiectiv central ***analiza nevoilor vârstnicilor din județul Bihor***; ea este deopotrivă ***descriptivă*** (urmăreşte să producă informații despre realitatea socială) şi ***explicativă*** (îşi propune să testeze unele ipoteze) (Chelcea, 2004, p. 92-96). Am urmărit, în principal, următoarele ***obiective***:

- identificarea şi ierarhizarea nevoilor / problemelor cu care se confruntă vârstnicii din județul Bihor; identificarea nevoii de servicii sociale pentru vârstnici;
- conturarea situațiilor posibile de conviețuire (compoziția gospodăriei) şi a specificului fiecărui tip în parte; determinarea rețelelor sociale de sprijin formal şi informal (suport social efectiv) şi a dificultăților pe care acestea le întâmpină;
- identificarea serviciilor sociale şi a prestațiilor de care beneficiază vârstnicii din județul Bihor;
- menționarea principalelor servicii şi prestații solicitate de către vârstnici;
- evidențierea principalelor modificări fiziologice, psihologice şi sociale care survin odată cu îmbătrânirea; evaluarea stării de sănătate (incidența diferitelor tipuri de afecțiuni) şi a veniturilor în raport cu necesitățile; estimarea gradului de satisfacție / insatisfacție cu viața a vârstnicilor;
- aprecierea gradului de acoperire a nevoilor vârstnicilor prin servicii sociale; estimarea tipurilor de nevoi neacoperite cu servicii şi a numărului de beneficiari posibili;
- formularea de propuneri pentru servicii sociale specifice, care să răspundă nevoilor identificate / formularea de propuneri privind introducerea sau îmbunătățirea unor servicii sociale şi stabilirea priorităților de intervenție.

Pe baza unor cercetări anterioare, cât şi pe baza informațiilor desprinse până la acest nivel de analiză, am pornit în cercetare de la următoarele ***ipoteze***: sărăcia şi problemele de sănătate sunt principalele probleme cu care se confruntă vârstnicii din județul Bihor; familia reprezintă principala sursă de sprijin pentru vârstnicul din județul Bihor, dar ea nu poate să acopere toate nevoile acestuia datorită modificărilor pe care le-a suferit organizarea societății moderne; în județul Bihor serviciile sociale pentru vârstnici sunt insuficient dezvoltate comparativ cu nevoia existentă; vârstnicii din mediul rural din județul Bihor beneficiază de mai puține servicii şi prestații sociale decât cei din mediul urban datorită dificultăților de acces.

Analiza nevoilor (a se vedea Hatos, 2007, p. 45-53) ***vârstnicilor din județul Bihor*** a presupus ***identificarea*** (adunarea informațiilor despre vârstnici: mediul lor de viață, problemele cu care se confruntă, soluțiile existente) şi ***evaluarea*** (integrarea informațiilor obținute – enunțarea nevoilor grupului-țintă, susținerea acestora prin diversele informații adunate şi evaluarea lor, prioritizarea trebuințelor în funcție de gravitatea lor pentru a putea face recomandări de acțiune decidenților) ***nevoile vârstnicilor*** din județ.

Am realizat acest lucru obținând atât ***părerea vârstnicilor***, a grupului țintă, cât şi ***părerea furnizorilor de servicii şi a specialiştilor/ experților*** din domeniu. Pentru aceasta a fost nevoie să delimitez foarte clar ***populația-țintă*** şi să ***descriu mediul de servicii*** (dispersie geografică, variabile socio-demografice, restricții privind eligibilitatea pentru anumite servicii sociale, capacitate pentru diverse servicii, indicatori sociali, inventar detaliat al serviciilor/ resurselor disponibile – folosirea eşantionării „bulgăre de zăpadă").

Datele pe care se bazează rezultatele prezentate în acest capitol al cărții au fost culese utilizând ***mai multe metode de cercetare*** (*metoda de cercetare* este o modalitate generală, strategică, de abordare a realității, un mijloc de cercetare – Rotariu, Iluț, 1999, p. 45). Această opțiune a fost impusă de complexitatea obiectivelor, de lipsa datelor statistice sau, mai exact, de gradul scăzut de utilitate al datelor existente la instituțiile publice şi de principiile metodologice care ghidează orice cercetare de evaluare a nevoilor – validitatea datelor şi necesitatea implicării beneficiarilor în procesul de stabilire a problemelor lor.

Alături de ***ancheta sociologică (pe bază de interviu şi chestionar)*** am utilizat, în mod complementar, ***analiza documentelor*** (pentru studierea datelor statistice, a legislației, a politicii sociale din domeniu, a documentelor oficiale) şi ***observația nestructurată***. Prin intermediul observației am urmărit particularitățile comportamentale ale subiecților intervievați, comportamentul lor non-verbal (acesta mi-a confirmat sau infirmat afirmațiile făcute) şi am analizat mediul de viață al persoanelor vârstnice. Vorbesc, bineînțeles, de o observație nestructurată, în care nu am utilizat în mod explicit planuri pentru selecția, înregistrarea şi codificarea datelor; cu toate acestea, ştiințificitatea metodei a rezultat din grefarea ei pe fundamentul teoretic.

Privită în ansamblu, cercetarea poate fi considerată un ***studiu de caz***, „o cercetare empirică ce analizează un fenomen contemporan în contextul vieții reale … şi în care sunt utilizate surse multiple de date" (Yin, 1989 – apud Radu, Iluț, Matei, 1994, p. 342; Yin, 2005, p. 29-33).

Cercetarea a avut la bază următoarele ***surse de date***:

- ***studiul*** „Diagnoza problemelor sociale în municipiul Oradea”, studiu realizat de Catedra de Sociologie şi Asistență Socială a Universității din Oradea la solicitarea Consiliului Local al Municipiului Oradea (ASCO - Administrația Socială Comunitară Oradea), în primăvara anului 2003;
- ***date statistice*** de la: Direcția Județeană de Statistică Bihor (Anuarul Statistic al județului Bihor, 2006; Recensământul Populației şi al Locuințelor din 1992 şi 2002), Direcția Generală de Asistență Socială şi Protecția Copilului Bihor, Administrația Socială Comunitară Oradea (ASCO), Direcția de Muncă şi Protecție Socială Bihor;
- ***date calitative*** obținute prin
  - ***interviuri de grup*** (focus-grupuri) realizate cu:
    - specialişti (8 persoane) (asistenți sociali, reprezentanți ai instituțiilor care furnizează servicii vârstnicilor dependenți şi semi-dependenți, medici etc.);
    - persoane vârstnice care beneficiază de servicii sociale (8 persoane);
    - persoane vârstnice care nu beneficiază de servicii sociale (6 persoane);
  - ***interviuri individuale*** cu persoane vârstnice nedeplasabile (5 persoane); interviurile au avut la bază un ghid de interviu semistructurat, cu întrebări deschise; persoanele intervievate au fost selecționate cu ajutorul asociațiilor şi fundațiilor care oferă servicii acestei categorii de persoane;
- ***date cantitative*** obținute prin aplicarea unui ***chestionar*** persoanelor vârstnice din mediul ***rural***:
  - eşantionul: 212 subiecți, persoane cu vârsta ≥ 60 de ani, din sate ale județului Bihor; puncte de eşantionare: sate cu diferite nivele de dezvoltare din 19 comune ale județului;
  - categorii ale eşantionului: respondent: 187 de vârstnici şi 25 de aparținători; 91 de vârstnici încadrați în grade de handicap iar restul neîncadrați cu handicap;
  - eşantionul de vârstnici fără handicap (gen: 35,7% bărbați, 63,4% femei; vârsta medie: 70 de ani);
  - eşantionul de vârstnici cu handicap (grade de handicap: grav – 35,9%, accentuat – 46,6%, mediu –17,5%; gen: bărbați 40%, femei 60%; vârsta medie: 70 de ani); jumătate dintre persoanele încadrate în gradul grav beneficiază de asistent personal; acesta este cel mai adesea o rudă sau un vecin;

- ***date cantitative*** obținute prin aplicarea unui ***chestionar*** persoanelor vârstnice din mediul ***urban***:
  - eşantionul: 300 subiecți, persoane cu vârsta ≥ 60 de ani, din oraşe ale județului Bihor; puncte de eşantionare: oraşe din județ (10 oraşe: Oradea / 200 subiecți, Salonta, Marghita, Săcuieni, Beiuş, Aleşd, Valea lui Mihai, Ştei, Vaşcău, Nucet / 100 subiecți);
  - categorii ale eşantionului: respondent: 285 de vârstnici şi 15 de aparținători; 100 de vârstnici încadrați în grade de handicap, iar restul neîncadrați;
  - eşantionul de vârstnici fără handicap – 200 (gen: 40% bărbați, 60% femei; etnie: 49,5% maghiari, 50,5% români şi alte etnii; nivel de instrucție: până la gimnaziu inclusiv 42,5%, şcoală profesională 34,5%, liceu 17%, studii superioare sau postliceale 6%; vârsta medie: 68 de ani);
  - eşantionul de vârstnici cu handicap – 100 (grade de handicap: grav – 43,5%, accentuat – 41,2%, mediu – 15,3%; gen: 44% bărbați, 56% femei; etnie: 39% maghiari, 61% români şi alte etnii; nivel de instrucție: fără şcoală 3%, până la gimnaziu inclusiv 65%, şcoală profesională 21%, liceu 6%, studii superioare sau postliceale 4%; vârsta medie: 70 de ani); jumătate dintre persoanele încadrate în gradul grav beneficiază de asistent personal, iar acesta este cel mai adesea o rudă.

Într-o primă etapă a cercetării am realizat interviuri de grup (focus-grupuri) şi individuale, interviuri care au avut drept scop explorarea, identificarea şi analiza nevoilor şi a soluțiilor posibile. Am folosit această ***tehnică*** (*tehnicile de cercetare* sunt subsumate metodelor şi se referă la demersul operațional al abordării fenomenelor de studiu, la formele concrete pe care le îmbracă metodele – Chelcea, 2004, p. 32) ***a interviului*** deoarece mi-a permis „construirea unui discurs" (spre deosebire de chestionar care „provoacă un răspuns"); astfel, studiul calitativ a pregătit ancheta pe bază de chestionar. ***Opțiunea pentru interviu într-o primă fază*** s-a datorat şi faptului că nu cunoşteam foarte bine universul de referință, avem unele îndoieli asupra sistemului de coerență internă a informațiilor căutate. Chestionarul a clasificat însă caracteristicile vârstnicilor din județul Bihor, oferindu-mi posibilitatea de a stabili legături de cauzalitate.

Am preferat să organizez ***interviuri de grup*** deoarece acestea mi-au oferit posibilitatea de a obține informații/idei noi, idei care individual/separat ar fi putut să nu apară. Datorită faptului că nu toate persoanele vârstnice sunt deplasabile a fost necesar să efectuez şi câteva interviuri individuale.

În timp ce pentru focus-grupuri am utilizat ca ***procedeu*** (prin *procedeu* se înțelege modul de aplicare a instrumentelor de cercetare – Chelcea, 2004, p. 32) aplicarea colectivă a ghidului de interviu (*instrumentul de cercetare* este un mijloc, ce poate îmbrăca o formă mai mult sau mai puțin materială, cu ajutorul căruia se captează informația științifică – Rotariu, Iluț, 1999, p. 45), pentru interviurile individuale am contactat separat fiecare vârstnic în parte (anchetă directă, de tip „față în față”).

În cercetarea cantitativă instrumentul de investigare, chestionarul propriu-zis (lista de întrebări închise şi deschise), a fost aplicat individual cu ajutorul operatorilor (procedeu). Pentru a limita subiectivitatea operatorilor în alegerea subiecților am folosit ***eşantionarea pe cote*** (procedură de eşantionare nealeatoare), am prescris încadrarea acestor alegeri în anumite „cote”: cunoscând distribuția populației vârstnice din județul Bihor după câteva variabile, am solicitat operatorilor să selecteze indivizii astfel încât eşantionul final să aibă aceeaşi distribuție procentuală (Bodogai, 2009).

3.3. ANALIZA NEVOILOR VÂRSTNICILOR DIN JUDEȚUL BIHOR ȘI PROPUNERI PENTRU SERVICII SOCIALE SPECIFICE

Pentru a realiza analiza nevoilor vârstnicilor din județul Bihor este necesar să descriem pentru început grupul-țintă şi mediul de servicii existent.

În primele rânduri vom delimita foarte clar populația-țintă, vom prezenta estimările din alte studii şi din cercetarea de față privind numărul de persoane vârstnice dependente precum şi datele statistice folosite pentru realizarea eşantionului. Descrierea mediului de servicii va cuprinde atât organizațiile din mediul urban, cât şi cele din mediul rural.

Partea cea mai consistentă a capitolului va prezenta nevoile identificate şi ierarhizate (nevoile vârstnicilor), dar şi propunerile de servicii sociale.

3.3.1. Descrierea grupului țintă

Delimitarea grupului țintă

Datorită faptului că aproape toate statisticile delimitează populația vârstnică pornind de la vârsta de 60 de ani populația investigată în studiul de față a cuprins ***persoane cu vârsta peste 60 de ani din județul Bihor***.

Estimarea numărului de persoane vârstnice dependente din Oradea
(„Diagnoza problemelor sociale în municipiul Oradea”, 2003)

Conform studiului realizat în 2003 ***în Oradea*** proporția ***persoanelor cu vârsta peste 60 de ani*** este de ***15%*** (aproximativ 30.979 din 206.527 persoane), iar proporția ***gospodăriilor constituite doar din vârstnici*** este de 15,8% – deci aproximativ 10.027 gospodării. În aceste gospodării posibilitatea unei asistențe furnizate de către unii membri ai familiei este în mod serios diminuată, motiv pentru care există un ridicat risc social.

Dintre cele aproximativ 10.000 de gospodării alcătuite doar din vârstnici, majoritatea acestora sunt compuse ***dintr-o singură persoană***: 6300 de femei singure şi 1500 de bărbați singuri. Se consideră că aceste gospodării sunt cele care prezintă riscul maxim din punctul de vedere al dependenței de servicii sociale.

Conform Casei Județene de Pensii în Oradea în 2003 existau 49.983 ***pensionari*** şi aproximativ 40% dintre aceştia aveau pensii sub 2 milioane lei.

În Oradea situația vârstnicilor ***încadrați în grade de handicap*** arăta astfel:
- numărul total de vârstnici bărbați cu handicap era de 739, dintre care în gradul grav – 433, gradul accentuat – 304 şi gradul mediu – 2 persoane;

- numărul total de vârstnici femei cu handicap era de 1275, dintre care în gradul grav – 568, gradul accentuat – 704 şi gradul mediu – 3 persoane.

Conform aceluiaşi studiu ***16% dintre bătrâni trăiesc sub pragul sărăciei*** (calculat ca 50% din mediana agregatului de consum pe persoană echivalentă) – aproximativ 4.957 persoane, iar această pondere este mai mare decât cea corespunzătoare tuturor categoriilor de vârstă (Daragiu, Hatos şi Pop, 2004, p. 359-360). Riscul sărăciei creşte odată cu depăşirea pragului de vârstă de 60 de ani. Rata sărăciei variază mult în categoria vârstnicilor. Între 61-70 de ani, ea este puțin peste media pe populație, dar creşte accentuat la grupele de vârstă de 71-80 de ani şi peste 80 de ani (1 din 5 bătrâni de peste 80 de ani trăieşte în sărăcie) (Chipea, Hatos şi Bălțătescu, 2004, p. 123-126). ***Ponderea persoanelor cu vârsta peste 60 de ani dintr-o gospodărie*** este, alături de ponderea persoanelor de etnie romă, un ***predictor important al situării sub pragul sărăciei***.

Ponderea ***maghiarilor*** este semnificativ mai mare printre bătrâni decât printre cei de vârstă adultă sau tânără. Vârstnicii sunt concentrați în zonele de ***case din centrul oraşului şi din anumite cartiere periferice*** (Daragiu, Hatos şi Pop, 2004, p. 359-360).

Estimarea numărului de vârstnici dependenți şi semi-dependenți din Bihor (focus-grup cu specialiştii)

Specialiştii care lucrează în domeniul protecției sociale a persoanelor vârstnice ***nu pot să facă o estimare precisă*** a numărului de vârstnici dependenți şi semi-dependenți din județ datorită faptului că organizațiile dețin doar informații privitoare la vârstnicii care au apelat la diverse servicii şi prestații sociale. Ei ***aproximează la 5.000 numărul persoanelor vârstnice care necesită sprijin***, persoane ale căror nevoi nu sunt satisfăcute la un nivel acceptabil pentru societatea în care trăim (***30%*** din vârstnici ***în județ***, ***20%*** din vârstnici în municipiul ***Oradea***). Procentul mai ridicat al vârstnicilor „cu probleme" în rural este explicat de specialişti prin caracteristicile specifice ale acestui mediu social.

Un număr de 432 de persoane vârstnice (peste 60 de ani) beneficiază de diferite servicii comunitare:

a. îngrijire temporară sau permanentă la domiciliu;
b. îngrijire temporară sau permanentă într-un cămin pentru persoane vârstnice;
c. îngrijire în centre de zi, cluburi pentru vârstnici, case de îngrijire temporară, apartamente şi locuințe sociale, precum şi altele asemenea.

În județul Bihor ***77%*** dintre vârstnicii care au apelat la serviciile sociale existente beneficiază de asistența oferită de către diverse ***ONG-uri*** şi abia **23%** sunt

asistate de către ***instituțiile guvernamentale*** (Direcția Generală de Asistență Socială şi Protecția Copilului Bihor, 2007).

În mediul ***rural*** se admite că nu se apelează la servicii „de ruşine” (stigmatizare) şi că serviciile nu se pot dezvolta din lipsă de resurse; cu toate acestea din cereri ***rezultă nevoia de servicii***.

Conform personalului de la Căminul eparhiei reformate din Tinca (îngrijire rezidențială pentru vârstnici contra locuinței) ***cererile sunt depuse când se prevăd anumite beneficii***; este necesară suplimentarea resurselor materiale ale instituțiilor (sunt la limita resurselor financiare), mai degrabă decât înființarea altor cămine pentru persoanele vârstnice.

Se insistă pe ***necesitatea acordării de subvenții instituțiilor pentru ca acestea să poată asista mai multe persoane***. Dificultatea asigurării de tratamente medicale (medicii prescriu medicamente foarte scumpe) a fost semnalată în cadrul focus-grupului cu specialiştii.

Date statistice relevante pentru realizarea eşantionului

În ***România*** structura populației pe grupe de vârstă a înregistrat modificări importante, în primul rând ca rezultat al scăderii continue a natalității începând cu anii ’90. Piramida vârstelor pentru populația României în perioada 1990-2005 evidențiază un proces lent, dar continuu de îmbătrânire a populației (”Planul Național de Dezvoltare 2007-2013”, 2005).

La 1 iulie ***2005*** populația județului ***Bihor*** a fost de ***595.685 locuitori***, din care 48,6% bărbați şi 51,4% femei, 50,4% urban şi 49,6% rural. Populația județului s-a diminuat în perioada 1990-2005 cu aproximativ 64 mii persoane datorită valorilor negative ale sporului natural.

Tabelul 17. ***Structura populației pe grupe mari de vârste (județul Bihor)***

	total	0-14 ani		15-59 ani		***60 ani şi peste***	
1992 (recensământ 7 ianuarie)	638863	138984	21,8%	386101	60,4%	113778	17,8%
2002 (recensământ 18 martie)	600246	107455	17,9%	377021	62,8%	115770	19,3%
2005 (1 iulie)	595685	97228	***16,3%***	384778	**64,6 %**	***113679***	***19,1%***

Sursa: Direcția Județeană de Statistică Bihor, 2006, „Anuarul Statistic al județului Bihor”

Analiza structurii populației pe grupe mari de vârste evidențiază reducerea ponderii populației tinere (0-14 ani) de la 21,8 % la 16,3 % şi ***creşterea ponderii celei vârstnice (60 ani şi peste) de la 17,8 % la 19,1 %***. Se poate observa cu uşurință faptul că pe măsură ce ponderea tinerilor scade în totalul populației creşte ponderea adulților (15-59 ani). În cadrul populației adulte a crescut ponderea grupelor de vârstă 25-29 ani, 35-39 ani şi 50-54 ani. Se constată, la fel ca şi la nivelul României, „îmbătrânirea demografică a bătrânilor”, adică ***creşterea ponderii populației de peste 75 de ani***, în cadrul căreia ***o proporție însemnată este reprezentată de femei***, de unde derivă probleme specifice legate de văduvie precum şi alte nevoi în domeniul social şi al sănătății.

Speranța medie de viață la naştere în județul Bihor are o evoluție ascendentă ajungând în perioada 2003-2005 la 67,3 ani pentru bărbați şi la 73,6 ani pentru femei (Direcția Județeană de Statistică Bihor, 2007).

Tabelul 18. ***Persoanele cu handicap neinstituționalizate pe grupe de vârstă și grade de handicap - urban***

Grad de handicap	grav	accentuat	mediu	uşor	total
0-59 ani	1699	2567	763	16	5045
60-85 ani şi peste	1738 ***53,6%***	1356 ***41,8%***	139 ***4,3%***	10 ***0,3%***	3243 ***100%***
total	3437	3923	902	26	8288

Sursa: Direcția Generală de Asistență Socială şi Protecția Copilului Bihor, 2007

Tabelul 19. ***Persoanele cu handicap neinstituționalizate pe grupe de vârstă și grade de handicap - rural***

Grad de handicap	grav	accentuat	mediu	uşor	total
0-59 ani	1819	3734	673	15	6241
60-85 ani şi peste	2386 ***40,8%***	3287 ***56,2%***	160 ***2,7%***	15 ***0,3%***	5848 ***100%***
total	4205	7021	833	30	12089

Sursa: Direcția Generală de Asistență Socială şi Protecția Copilului Bihor, 2007

În județul Bihor o proporție însemnată a persoanelor cu handicap este reprezentată de vârstnici. Aproximativ 50% dintre persoanele cu handicap

neinstituționalizate sunt persoane vârstnice. Prin urmare handicapul apare frecvent la vârstnic şi îl face dependent de îngrijire permanentă, de servicii de asistență socială pe lângă cele de îngrijire medicală (Bodogai, 2009).

3.3.2. Descrierea mediului de servicii din județul Bihor și România

În județul Bihor funcționează o serie de ***servicii publice şi private*** care se adresează vârstnicilor. Aceşti furnizori (fie că acordă servicii sociale primare, fie că acordă servicii sociale specializate) ***pot organiza şi acorda servicii sociale numai dacă sunt acreditați*** în acest sens.

Acreditarea reprezintă procesul prin care furnizorul de servicii sociale îşi demonstrează propria capacitate funcțională, organizațională şi administrativă în acordarea serviciilor sociale, cu condiția respectării standardelor de calitate în vigoare, iar statul recunoaşte competența acestuia de a acorda servicii sociale prin acordarea certificatului de acreditare; perioada pentru care furnizorii sunt acreditați este de 3 ani (Ordonanța de Guvern nr. 68 din 28 august 2003 privind serviciile sociale, cu modificările şi completările ulterioare).

Tabelul 20. ***Furnizori acreditați și servicii licențiate oferite vârstnicilor (Bihor)***

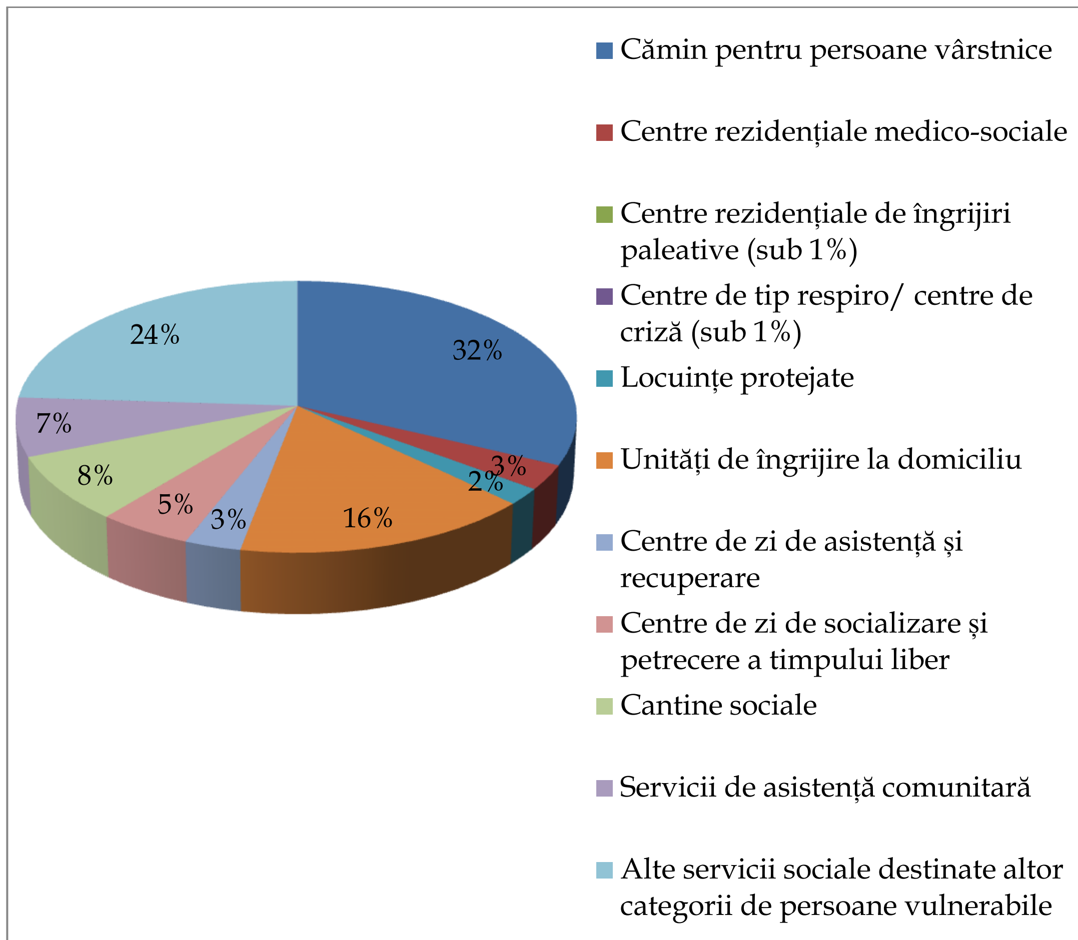
Furnizori	Adresa furnizorului	Servicii licențiate
Direcția Generală de Asistență Socială şi Protecția Copilului	Oradea, Str. Feldioarei nr. 13, contact: Koncsek Zita	Compartimentul de monitorizare, evaluare şi asistență socială a persoanelor vârstnice
		Servicii de protecție specială de tip rezidențial pentru persoane adulte cu handicap
Asociația de asistență socială Episcop Nicolae Popovici	Nucet, sat Băița, nr. 203, cod poştal 415401, tel: 0259-339472, contact: Bura Nicolae	Serviciul social de îngrijire a persoanelor vârstnice în sistem rezidențial (Cămin pentru persoane vârstnice Băița)
Administrația Social Comunitară Oradea	Oradea, Str. Primăriei nr. 42, cod poştal: 410209, tel: 0259441677, contact: Adina Madar	Serviciul public de asistență socială
		Centru social de urgență pentru persoane fără adăpost
Fundația Consistoria Efrem Beniamin	Oradea, Str. Anton Bacalbaşa nr. 5-7, tel: 0259-418299, contact: Pintea Roman	Serviciul medico-social de îngrijire a persoanelor vârstnice în sistem rezidențial

Primăria Oraşului Aleşd	Oradea, Str. Bobâlna nr. 3, tel: 0259-342539, ww.alesd.ro primaria-alesd@cjbihor.ro contact: Cociorva Gheorghe	Centru de zi pentru persoane vârstnice
Centrul medico-social de psihiatrie	Nucet, Str. Pescăruşului nr. 5, tel/fax: 339743, e-mail: cmsnucet@yahoo.com contact: Chira Livia	Serviciul public de îngrijire socio-medicală a persoanelor cu afecţiuni psihice
Unitatea de asistenţă medico-socială pentru bolnavi cronici	Salonta, Str. Prof. dr. I. Cantacuzino nr. 2-4, cod poştal: 415500, tel: 406135, fax: 406206 contact: Szijjarto Zoltan	Serviciul public de asistenţă medico-socială a bolnavilor cronici
Centrul de Asistenţă Medico-Socială Valea lui Mihai	Valea lui Mihai, Str. Calea Revoluţiei nr. 50, cod poştal 415700, tel: 452009 contact: Brezina Waldemar	Serviciul public de asistenţă medico-socială
Centrul medico-social Popeşti	Popeşti nr. 10, tel: 327799 contact: Kekedi Judith	Serviciul public de asistenţă medico-socială a bolnavilor cronici
Asociaţia Caritas Catolica Oradea	Oradea, Str. Şirul Canonicilor nr. 21, tel/fax: 412760, e-mail: caritas@rdslink.ro contact: Rajna Jozsef	Asistenţa socio-medicală la domiciliu a pers. vârstnice
		Cămin de bătrâni
		Cantină socială
		Birou de asistenţă şi consiliere pentru persoane cu handicap
Fundaţia Ruhama	Oradea, Bd. GeneralMagheru, nr. 21, ap. 159, telefon: 406759; 406180, fundatia_ruhama@rdslink.ro contact: Daragiu Tina	Serviciul de asistenţă socială a persoanelor vârstnice la domiciliu
		Serviciul de informare şi consiliere
Asociaţia Ramiluck	Oradea, Str. Anatole France nr. 23, tel/fax: 413688, s_c_ramiluck@yahoo.com www.ramiluck.go.ro contact: GafencuMaria	Serviciu de îngrijire socio-medical pentru persoane vârstnice

Fundația People to People	Oradea, Str. Republicii nr. 36, tel/fax: 0259-411137, people2people@rdslink.ro contact: Bot Pop Ciprian	Îngrijirea persoanelor vârstnice la domiciliu
Fundația Csillagvaros	Oradea, Str. Teiului nr. 2, tel. 0259-440729, e-mail: vinczezoltanro@freemail.hu contact: Vincze Judita Etelca	Asistență socială şi sprijin material pentru persoane vârstnice
Asociația ProChristo et Ecclesia	Oradea, Bd. Ştefan cel Mare nr. 28, cod poştal: 410115, tel/fax: 0259-479579, e-mail: julia@ce-union.ro contact: Berei Csongor	Asistență socială şi suport material şi financiar pentru persoane vârstnice
		Suport material, financiar şi consiliere pentru familiile aflate în nevoie
Fundația Umanitară Salem	Salonta, Str. Horea nr. 10, tel: 373058, e-mail: salem.salonta@rdslink.ro contact: Kovacs Iuliu	Serviciu medico-social de îngrijire a persoanelor vârstnice în sistem rezidențial
Fundația Filadelfia Noom	Sălard, Str. Principală nr. 547-548,tel/fax: 0259-447490, e-mail: filadelfia@rdslink.ro contact: Pardi Benjamin Attila	Îngrijire socio-medicală a persoanelor vârstnice în sistem rezidențial
Fundația Agape	Sălard nr. 552, tel/fax: 0259-441060, contact: Dani Zoltan	Cantină socială pentru vârstnici
		Îngrijire la domiciliu a vârstnicilor
Parohia Reformată Tinca	Tinca, Str. Avram Iancu nr. 51, cod poştal 417595, tel: 0259310299, e-mail: berke@rdslink.ro contact: Berke Alexandru	Serviciul social de îngrijire a persoanelor vârstnice în sistem rezidențial

Sursa: Direcția de Muncă şi Protecție Socială Bihor, 2008

Conform datelor furnizate de Direcția de Muncă şi Protecție Socială Bihor la începutul anului 2008, în județul Bihor, exista un număr redus de servicii sociale licențiate destinate vârstnicilor (Bodogai, 2009).



Sursa: Consiliul Național al Persoanelor Vârstnice (CNPV), 2019 – apud Enache, 2019, p. 14

Figura 7. ***Servicii sociale adresate vârstnicilor (România)***

După cum se poate observa, în România (2019) predomină îngrijirea rezidențială, în timp ce serviciile de îngrijire la domiciliu par subdezvoltate. Centrele respiro și cele de îngrijiri paleative înregistrează valori sub 1%, deși, cel puțin pentru prima categorie, există cerere ridicată.

3.3.3. Analiza nevoilor vârstnicilor din județul Bihor

Datele dobândite în ***cercetarea cantitativă*** (mediul urban şi rural) concordă cu datele din ***cercetarea calitativă*** (focus-grupuri, interviuri individuale); vom surprinde în continuare rezultatele obținute:

3.3.3.1. Arii problematice

Datele provenite de la membri ai grupului țintă (vârstnici beneficiari şi ne-beneficiari de servicii sociale) şi de la specialişti (interviuri de grup) au condus la identificarea nevoilor vârstnicilor şi la ierarhizarea acestor nevoi.

Tabelul 21. ***Ierarhia nevoilor stabilite de fiecare grup de discuții***

Specialişti (focus-grup)	***Beneficiari*** (focus-grup)	***Ne-beneficiari*** (focus-grup)
1. Sărăcie 2. Îngrijire medicală 3. Informare, consiliere 4. Sistemul de as. socială a vârstnicilor 5. Companie, socializare 6. Capacitate limitată de autogospodărire 7. Nevoi spirituale (religioase)	1. Îngrijire medicală 2. Companie, socializare 3. Sărăcie 4. Informare, consiliere 5. Capacitate limitată de autogospodărire 6. Sistemul de as. socială a vârstnicilor 7. Dependența de ceilalți	1. Companie, socializare 2. Îngrijire medicală 3. Informare, consiliere 4. Sărăcie 5. Sistemul de as. socială a vârstnicilor 6. Capacitate limitată de autogospodărire 7. Dependența de ceilalți

La întrebarea liberă din chestionar: „Ce s-a schimbat în viața dumneavoastră după pensionare?" majoritatea răspunsurilor fac referire la ***modificări negative ale calității vieții***. Ierarhia problemelor după frecvență este foarte asemănătoare între cele două categorii de vârstnici din studiu (vârstnicii încadrați într-un grad de handicap şi cei fără handicap):

1. degradarea stării de sănătate;
2. sărăcirea;
3. izolarea socială;

4. diminuarea capacității de muncă.

Vârstnicii cu handicap se plâng mai frecvent de înrăutățirea stării de sănătate, iar cei fără handicap recunosc că au mai mult timp liber (pentru familie, prieteni), pensionarea însemnând şi o îmbunătățire a calității vieții.

Printr-o întrebare liberă din chestionar am solicitat ***enumerarea principalelor probleme cu care se confruntă vârstnicul în momentul respectiv***. Indiferent de categoria de vârstnici analizată, ***sărăcia şi problemele de sănătate*** sunt temele care produc îngrijorare cel mai frecvent.

Tabelul 22. ***Probleme cu care se confruntă vârstnicii din mediul rural***

	sănătate	sărăcie	izolare socială	incapacitate de muncă	probleme de familie	dependență de ceilalți	total
cu handicap	65	61	25	21	8	15	195
%	33,3%	31,3%	12,8%	10,8%	4,1%	7,7%	
fără handicap	79	90	20	13	9	3	214
%	36,9%	42,1%	9,3%	6,1%	4,2%	1,4%	
total	144	151	45	34	17	18	409

Tabelul de mai sus arată că gravitatea diferitelor probleme este evaluată diferit în cele două grupuri de vârstnici (din mediul rural). Pentru ***cei fără handicap***, cea mai gravă problemă este ***sărăcia*** (42,1%), urmată de problemele de sănătate. În schimb, pentru ***cei cu handicap***, ***problemele de sănătate*** sunt pe primul plan (33,3%). Mai mult, trei dintre celelalte patru tipuri de probleme sunt menționate mai frecvent în cazul celor cu handicap, diferențele fiind mai evidente în cazul izolării sociale (12,8%), incapacității de muncă (10,8%) şi a dependenței de alte persoane (7,7%).

În mediul urban însă (a se vedea tabelul de mai jos), sărăcia se află pe primul loc în cazul ambelor categorii de vârstnici analizate, cu proporții semnificativ mai mari (40,1% față de 31,3% pentru vârstnicii cu handicap, 47,7% față de 42,1% pentru vârstnicii fără handicap). O posibilă explicație pentru această diferență poate fi faptul că asigurarea mijloacelor de subzistență presupune costuri mai mari în mediul urban.

Tabelul 23. ***Probleme cu care se confruntă vârstnicii din mediul urban***

	sănătate	sărăcie	izolare socială	incapacitate de muncă	probleme de familie	dependență de ceilalți	total
cu handicap	93	110	29	13	16	13	274
%	33,9%	40,1%	10,6%	4,7%	5,8%	4,7%	
fără handicap	136	217	48	15	30	9	455
%	29,9%	47,7%	10,5%	3,3%	6,6%	2,0%	
total	229	327	77	28	46	22	729

În urma focus-grupurilor, a interviurilor individuale şi a aplicării chestionarului putem sintetiza şi ierarhiza în funcţie de gravitate următoarele arii problematice privitoare la categoria vârstnicilor: îngrijire medicală; sărăcie / lipsuri materiale; companie, socializare; informare, consiliere; sistem (rețea) de asistență socială a vârstnicilor; capacitate de autogospodărire / sprijin administrativ; dependență de ceilalți; nevoi spirituale.

TIPOLOGIA NEVOILOR VÂRSTNICILOR (Bodogai, 2009, p. 181-182):

1. acces la îngrijire medicală adecvată;
2. sărăcie / lipsuri materiale;
3. dificultăți de socializare, lipsă de companie;
4. informare şi consiliere defectuoasă;
5. probleme ale sistemului de asistență socială a vârstnicilor;
6. capacitate limitată de autogospodărire / nevoia de sprijin administrativ;
7. dependență de ceilalți (problemele aparținătorilor);
8. nevoi spirituale.

1. Acces la îngrijire medicală adecvată

Bătrânețea este asociată adeseori cu degradarea fizică şi cu virulența unor boli. Îngrijorările legate de starea de sănătate ilustrează acest aspect iar ***incidența unor categorii de afecțiuni*** arată că, pentru mulți vârstnici, asocierea nu este un simplu stereotip (chestionar).

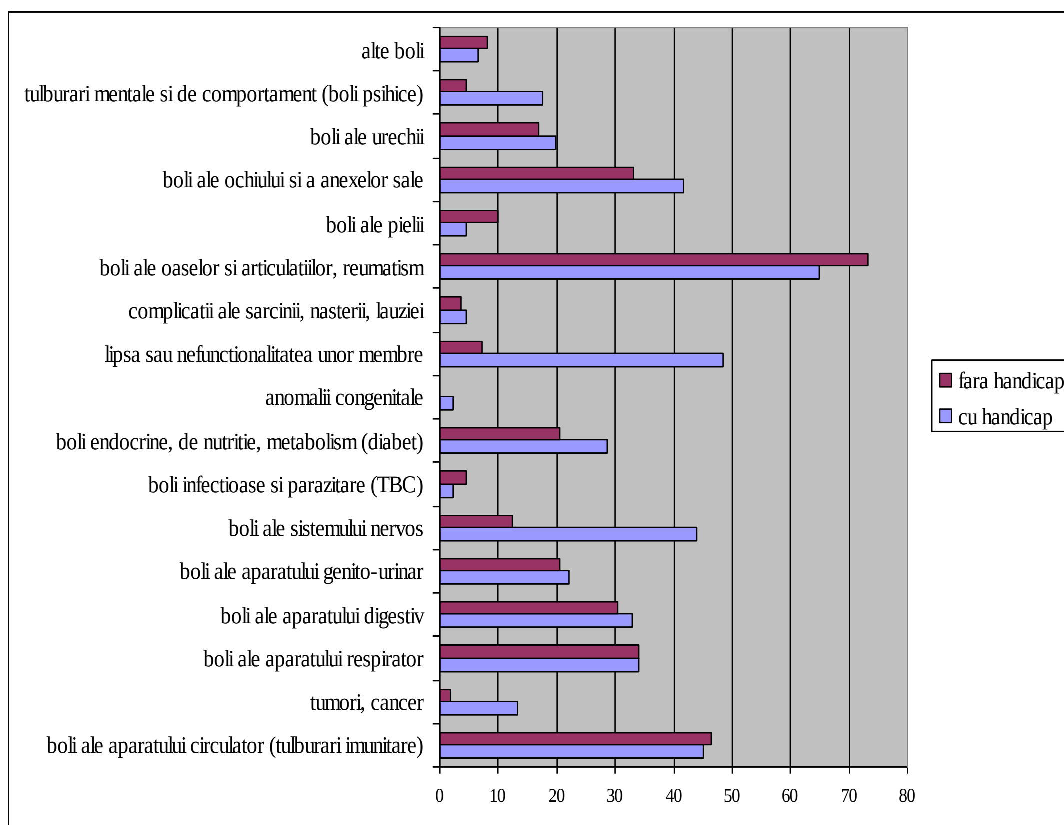


Figura 8. *Categorii de afecțiuni cu care se confruntă vârstnicii din rural*

Vârstnicii din categoria de control declară, în medie, mai mult de trei boli. De altfel, ponderea celor care nu declară nicio afecțiune este neglijabilă (1,8%, adică 2 persoane). Cele mai frecvente sunt ***afecțiunile oaselor şi ale articulațiilor (reumatism), ale aparatului circulator, ale ochiului şi ale anexelor sale, ale aparatului respirator şi ale sistemului digestiv.***

Persoanele din grupul vârstnicilor cu handicap prezintă o imagine semnificativ mai negativă. În cazul acestora, numărul mediu de afecțiuni este de 4,31 iar incidența unor categorii de afecțiuni, este, aşa cum era de aşteptat, schimbată. În timp ce bolile oaselor şi ale articulațiilor sunt, şi în cazul acesta, cele mai frecvente, lipsa sau nefuncționalitatea unor membre, bolile sistemului nervos afectează aproape jumătate din cei din categorie. Bolile aparatului circulator şi cele ale ochiului şi ale anexelor sale afectează şi ele, câte 40% dintre persoanele cu handicap. În plus, în comparație cu vârstnicii fără handicap, procente mult mai mari suferă de boli mintale şi psihice, de cancere şi de tumori.

Datele arată că handicapurile pentru care vârstnicii din eşantion au fost încadraţi în grade de handicap se cumulează cu celelalte afecţiuni specifice vârstei înaintate iar starea de sănătate a persoanelor cu handicap este, semnificativ mai proastă decât a celorlalţi.

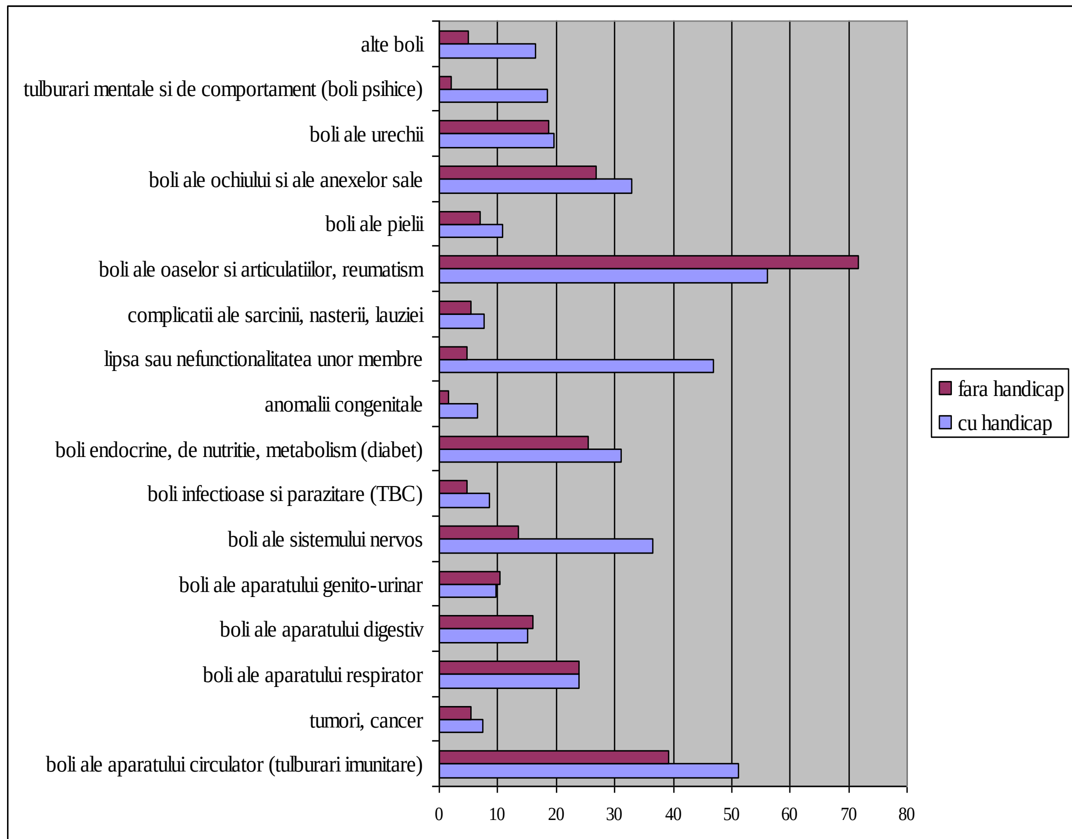


Figura 9. ***Categorii de afecţiuni cu care se confruntă vârstnicii din urban***

Vârstnicii din mediul urban declară, ***în medie, 3 boli***. Cele mai frecvente afecţiuni sunt:

– în cazul vârstnicilor fără handicap: boli ale oaselor şi articulaţiilor, reumatism (71,6%), boli ale aparatului circulator (tulburări imunitare) (39,2%), boli ale ochiului şi ale anexelor sale (26,8%), boli endocrine, de nutriţie, metabolism (diabet) (25,5%) şi boli ale aparatului respirator (23,8%);
– în cazul vârstnicilor cu handicap: boli ale oaselor şi articulaţiilor, reumatism (56%), boli ale aparatului circulator (tulburări imunitare) (51,1%), lipsa sau nefuncţionalitatea unor membre (46,9%), boli ale sistemului nervos (36,6%), boli ale ochiului şi ale anexelor sale (33%).

Prin *„îngrijire medicală"* ne referim la dificultățile de acces la tratament medical adecvat, analize medicale, medicamente, asistență medicală, spitalizare precum şi la lipsa de aparatură performantă sau de aparatură pentru adaptarea locuinței la nevoile specifice.

În opinia vârstnicilor care beneficiază de servicii sociale prezenți la focus-grup „îngrijirea medicală" este ***cea mai gravă problemă cu care se confruntă persoanele de vârsta a treia din județ*** (*locul 1*), ea fiind situată şi de celelalte grupuri de discuție (specialişti, vârstnici care nu beneficiază de servicii sociale) printre cele mai grave probleme (*locul 2*).

Cei care beneficiază de servicii sociale au menționat gravele probleme de sănătate cu care se confruntă vârstnicii, accesul dificil la analize gratuite datorită fondurilor reduse alocate şi faptul că medicii recomandă medicamente mai scumpe chiar dacă există alte opțiuni mai ieftine.

- *„Analizele lunare şi de 2 ori pe lună. La Policlinică se dau 10 numere gratuite, restul sunt pe bani. Foarte puține programări pe zi se dau. De 3 luni încerc să-mi fac analizele. Reuşim să ne cumpărăm medicamentele gratuite dar cu greu ne cumpăram cele necompensate" (C., FG beneficiari 7).*
- *„Primim 90% compensare la medicamente, care de multe ori nu se găsesc. Şi astfel cumpăr medicamente la 3 luni. Foarte multe medicamente sunt din străinătate şi astfel e foarte mare diferența de preț. Medicul întotdeauna îmi dă medicamentele care costă mai mult. (iau 4 medicamente compensate pe săptămână cu 70 de lei)" (S., 60 de ani, pensie mică, singură, cardiacă, FG beneficiari 7).*
- *„La începuturile lunii nu sunt fonduri suficiente pentru medicamente"; „Fundațiile se confrunta cu probleme financiare. Nu ştiu soluția la medicamente. Sunt probleme ce țin de Ministerul Sănătății. Suntem îngrijorați pentru că prețul medicamentelor va fi ridicat cu 40%"; „ .. sau ne trebuie să facem analize la laboratoare scumpe. Nu e doar medicul de vină, vinovat e şi farmacistul" (C., FG beneficiari 7).*
  - *„Nu pot să îmi plătesc cheltuielile şi nu pot să-mi iau medicamentele, de 3-4 luni nu pot să îmi iau (cumpăr) medicamentele" (S., 60 de ani, pensie mică, singură, cardiacă, FG beneficiari 7).*

În privința procurării medicamentelor, *vârstnicii care nu beneficiază de servicii sociale* susțin că sunt nevoiți să le cumpere pe cele mai „neperformante". Efectuarea analizelor şi spitalizarea sunt probleme curente în viața vârstnicului, iar modul în care acestea se realizează este defectuos. De asemenea, ei se confruntă cu lipsa de aparatură pentru adaptarea locuinței.

- *„Cică primesc medicamente compensate dar eu le plătesc aproape integral. Am 400 lei după 41 de ani de muncă din care 31 de ani în grupa a 2-a de muncă în zgomot, foc … Îmi plătesc toate cheltuielile şi apoi mă descurc cum pot. Cei bătrâni îşi plătesc mai întâi datoriile pentru ca dacă rămân în urmă cu acestea, apoi nu le mai pot recupera. Mie mi-a mărit doza dublu pentru inimă şi în loc de 20 lei plătesc 60 lei" (F., 61 de ani, pensie de 200 lei, FG nebeneficiari 8).*
- *„Eu merg la soț după rețetă şi medicamente. Am pensie mică comparativ cu cheltuielile mari" (F.I., 62 de ani, FG nebeneficiari 8).*
- *„Pensie mică după 30 de ani lucrați … 290 lei. Soțul are şi mai puțină pensie deşi are nevoie de mai multe medicamente. Eu nu am probleme de sănătate şi-l ajut pe soțul meu. Cota pentru medicamente se termină repede şi sunt fonduri mici pentru compensate" (K., 55 de ani, pensionare anticipată, soțul, 58 ani, pensionar, FG nebeneficiari 8).*
- *„Statul ştie problemele noastre dar nu face nimic. Contribuabilii îşi fac datoria dar fondurile statului se duc … Deci este o lipsă de gospodărire a banilor de către autorități. Am simțit ca pe parcursul … serviciile nu s-au îmbunătățit. În 1990 primeam medicamente gratuite datorită situației peste care am trecut. Atunci aveam toate medicamentele compensate. Acum am medicamente compensate puțin. Primesc medicamente slabe iar nu pe cele performante. Cei de la farmacie au liste cu medicamentele care se pot şi care nu se pot compensa. Atunci mai bine mă duc la piață şi cumpăr medicamente naturiste decât să iau de la farmacii medicamente neperformante"; „Plus analizele sunt scumpe. Mai nou, nu ne mai primesc în spitale. Medicul de familie scrie o trimitere la medicul specialist. Ce rost mai are atunci medicul de familie? De multe ori, rețeta e scrisă de asistentă. Deci, este o lungă procedură fără rost până la a ajunge la medicul specialist. Medicamentele soției mele costa lunar 1000 lei. Şi plătesc 300-400 lei" (D., 77 de ani, fost deținut politic, deficiență circulatorie cerebrală, soția pensionară pentru limită de vârstă şi cu Parkinson de 12 ani, FG nebeneficiari 8).*
  - *„La un moment dat, bătrânul nu se poate aşeza pe WC sau îi este greu să se deplaseze. Trebuie scaune de ridicat sau altele … deci este o lipsă de aparatură pentru adaptarea locuinței" (T., 65 de ani şi 2 copii la facultate, FG nebeneficiari 8).*
- *„Primesc medicamente aproximativ gratuite, dar plătesc 200 lei pe lună diferența din prețul medicamentelor" (D., 77 de ani, fost deținut politic, deficiență circulatorie cerebrală, soția pensionară pentru limită de vârstă şi cu Parkinson de 12 ani, FG nebeneficiari 8).*

Şi din *interviurile individuale* a reieşit faptul că „îngrijirea medicală” reprezintă o reală problemă pentru vârstnici. Se insistă şi aici asupra faptului că medicamentele sunt scumpe, chiar dacă sunt compensate, iar vârstnicul este nevoit să facă tot felul de compromisuri. Sunt anumite cazuri în care vârstnicul are nevoie de îngrijire 24 de ore din 24, iar aparținătorul primeşte sprijin maxim 8 ore pe zi.

- *„Medicamentele sunt foarte scumpe (compensate sau nu). Farmacistul are medicamentele compensate scrise pe catalog. Medicamentele prescrise de medic sunt pentru hipertensiune şi acestea sunt foarte scumpe. Medicul îți scrie care este substanța şi apoi persoana în cauză merge şi cumpără ce vrea. Prețurile la medicamente sunt foarte mari în comparație cu alte țări. Banii care îi ia cca şi asistentul personal se duc pe pampers (foloseşte 3-4 pampers pe zi şi vreo 15 pampers sunt 40-50 lei)” (aparținător – soț, diabet, operat pe creier de mai multe ori, Fundația Ruhama, interviu individual 1).*
- *„Medicamentele costă mult. Am primit diferite variante de unguente de la medic până la momentul în care am găsit un unguent potrivit” (beneficiar, paraplegie, operat la coloană şi cap, Asociația Caritas Catolica, interviu individual 2).*
- *„Am pensie 230 lei, 120 alimente, restul medicamente şi compensarea” (beneficiar, Fundația Csillagvaros, interviu individual 4).*
- *„Problema e că nu se împacă starea de boală a unui asemenea bolnav cu regimul de lucru a unor angajați de 8 ore care mă ajută” (aparținător – soția, 67 ani, boală psihică, sindrom reno-pulmonar, simpatectomie la brațul stâng, epilepsie, patru accidente vasculare cerebrale, Asociația Caritas Catolica, interviu individual 3).*

2. Sărăcie / Lipsuri materiale

Sărăcia este o „stare de lipsă permanentă a resurselor necesare pentru a asigura un mod de viață considerat decent, acceptabil la nivelul unei colectivități date” (Zamfir E., 1995, p. 34). După cum se observă sărăcia este asociată în primul rând cu lipsa de resurse financiare (economice). ***Marginalizarea*** reprezintă „poziția socială periferică, de izolare a indivizilor sau grupurilor, cu acces drastic limitat la resursele economice, politice, educaționale şi comunicaționale ale colectivității” (Dragomir, 2002, p. 84). De regulă, marginalizarea se manifestă prin absența unui minim de condiții sociale de viață, printr-un deficit de posibilități de afirmare şi participare la viața colectivității.

În ultimul timp s-a produs o deplasare a accentului dinspre sărăcie spre ***excluziune socială***, concept care merge în prelungirea marginalizării sociale. Dacă sărăcia este redusă la un singur parametru, cel financiar, conceptul de excluziune socială se extinde la o mulțime de caracteristici sociale (Zamfir C., 2002 – apud

Preda S., 2002, p. 23-26). Excluziunea trebuie „definită în termeni de incapacitate/eşec al unuia sau mai multor sisteme dintre următoarele patru: sistemul democratic şi legal, care presupune integrare civică; piața muncii, care promovează integrarea economică; sistemul statului bunăstării, care promovează ceea ce poate fi numit integrare socială; sistemul familiei şi comunității, care promovează integrarea interpersonală" (Berghman, 1996 – apud Preda M., 2002, p. 328).

În opinia *specialiştilor*, „sărăcia" reprezintă cea mai gravă problemă (*locul 1*) cu care se confruntă atât vârstnicii din Oradea cât şi cei din județ (Bihor). Se vorbeşte despre sărăcie în sensul unor lipsuri materiale.

Persoanele vârstnice care beneficiază de servicii sociale aşează „sărăcia" pe *locul 3* în ierarhia celor mai grave probleme cu care se confruntă vârstnicii. Se insistă pe veniturile reduse ale vârstnicilor (pensii mici) comparativ cu cheltuielile şi pe lipsa de „siguranță a zilei de mâine".

- *„Am o pensie mică …"; „Nu am pe nimeni, sunt cardiacă şi mă descurc singură"; „Nu pot să îmi plătesc cheltuielile şi nu pot să-mi iau medicamentele (de 3-4 luni nu pot să îmi iau medicamentele)" (S., 60 de ani, pensie mică, singură, cardiacă, FG beneficiari 7).*
- *„Cheltuielile mari, cumpăr singură lemne şi împrumut de la CARPO"; „Mă împrumut de la CARPO pentru a cumpăra lemne de iarnă pentru că pensia este mică" (M., 66 de ani, singură, FG beneficiari 7).*
- *„Am hârtii doveditoare de boală dar nimeni nu mă ajută. Am cataractă, proteză, auz redus şi am o pensie de jumătate de milion"; „Nu se iau în considerare actele care atestă boala" (T.R., 80 de ani, ajutor social, piciorul operat, tijă, FG beneficiari 7).*

„Sărăcia" nu se situează pe primele locuri în ierarhia realizată de *vârstnicii ne-beneficiari de servicii sociale* (*locul 4*). Cu toate acestea, ei susțin că din pricina veniturilor reduse sunt nevoiți să cumpere cele mai neperformante medicamente şi să se alimenteze necorespunzător. O mare parte din veniturile vârstnicilor sunt dirijate spre cheltuielile cu întreținerea. Vârstnicii ne-beneficiari de servicii acuză statul de proasta gospodărire a banilor publici şi subliniază faptul că veniturile asistenților personali sunt mici.

- *„Ai plecat la piață şi deja la intrare te loveşti de toate greutățile. Am nevoie de fructe, de alimente … ceea ce îmi cere medicul să mănânc, nu pot să o fac nicicând … alimentație carențată" (F., 61 de ani, pensie de 200 lei, FG nebeneficiari 8).*

- *„Eu împart toți banii. Mă bazez şi pe copii, dar am probleme cu aprovizionarea de lemne pe iarnă pentru că sunt costuri mari la întreținere" (F.O., 71 de ani, soț bolnav, FG nebeneficiari 8).*
- *„Am un singur bec şi un frigider. Nu mai am nimic care să consume curent. Înainte îmi citeam singură contorul şi mergeam să îl plătesc. De când cu noul sistem, plătesc foarte mult …. plata curentului" (F.O., 71 de ani, soț bolnav, FG nebeneficiari 8).*
- *„Ne descurcăm destul de greu. Primesc medicamente aproximativ gratuite dar plătesc 200 lei pe luna diferența din prețul medicamentelor" (D., 77 de ani, fost deținut politic, deficiență circulatorie cerebrală, soția pensionară pentru limită de vârstă şi cu Parkinson de 12 ani, FG nebeneficiari 8).*
- *„venituri insuficiente pentru asistenții personali"; „Am o pensie de 200 de lei" (F., 61 de ani, pensie de 200 lei, FG nebeneficiari 8).*

În *interviurile individuale* vârstnicii *s-au referit frecvent* la „sărăcie". Mulți dintre ei susțin că se află sub nivelul minim de subzistență, adică nu dețin nici măcar veniturile minime necesare pentru ca membrii familiei să-şi mențină sănătatea şi eficiența fizică.

- *„Sunt pe undeva pe la prag. Mă descurc cum pot eu"; "Nu am bani ca să pot plăti medicii necesari" (aparținător – soția, 67 ani, boală psihică, sindrom reno-pulmonar, simpatectomie la brațul stâng, epilepsie, patru accidente vasculare cerebrale, Asociația Caritas Catolica, interviu individual 3).*
- *„Am numai pensie, singurul venit. Cu pensia aş putea muri. Mă duc la piață cu ei şi se gată repede" (beneficiar, Fundația Csillagvaros, interviu individual 4).*
- *„Dar totuşi am nevoie de lapte, ouă, pâine, dar fără ajutorul fundației .. nu aş putea să cumpăr mâncarea de care am nevoie"; „Este bine aşa cum este. Îi mulțumesc lui Dumnezeu" (beneficiar, Fundația Csillagvaros, interviu individual 4).*

Se pare că, în privința alimentației, se descurcă mai uşor cei care au propria grădină:

- *Alimentația carențată … „e un subiect de talie mondială. Eu am fructe şi o alimentez foarte bine; i-au mai rămas mâncatul şi dormitul" (aparținător – soția, 67 ani, boală psihică, sindrom reno-pulmonar, simpatectomie la brațul stâng, epilepsie, patru accidente vasculare cerebrale, Asociația Caritas Catolica, interviu individual 3).*

3. Dificultăți de socializare, lipsă de companie

În opinia *specialiştilor* nevoia de companie nu reprezintă o problemă atât de gravă (*locul 5*) însă una de care trebuie să ne ocupăm. Sunt mulți vârstnici care nu mai au pe nimeni sau ai căror copii sunt foarte ocupați, vârstnici care se simt singuri şi acest fapt poate avea multiple consecințe negative.

În contrast cu specialiştii, atât *vârstnicii beneficiari de servicii sociale* (*locul 2*) *cât şi cei ne-beneficiari* (*locul 1*) plasează pe primele locuri această nevoie de companie, de socializare.

Mulți dintre vârstnicii care beneficiază de servicii sociale simt nevoia pur şi simplu de a vorbi cu cineva:

- *Înainte de a merge la cămin „Nu ştiam ce trebuie să fac şi nu aveam bani pentru că lucram la tipografie şi aveam o pensie mică şi salarii mici"; „Lipsa de companie şi vreau să stau de vorbă cu cineva de 2 ori pe săptămână" (C.L., 76 de ani, instituționalizat în Căminul de bătrâni din Sânmartin, FG beneficiari 7).*
- *„Nu am pe nimeni. Sunt cardiacă şi mă descurc singură"; „Mă simt singură" (S., 60 de ani, pensie mică, singură, cardiacă, FG beneficiari 7).*
- *„Sunt singură şi nu am rude deoarece au decedat" (M., 66 de ani, singură, FG beneficiari 7).*

Lipsa de companie, faptul că nu există persoane care să viziteze vârstnicii este cea mai gravă problemă din punctul de vedere al *celor care nu beneficiază de servicii sociale*.

- *„Singurătatea este o altă problemă. Lipsa de companie" (T., 65 de ani şi 2 copii la facultate, FG nebeneficiari 8).*

Singurătatea vârstnicului poate fi unul din motivele pentru care el este atât de vulnerabil la excrocherii:

- *„Mai sunt persoane vârstnice care sunt vulnerabile la excrocherii. Cunosc multe persoane care au 3-4 apartamente de la vârstnici. Singurătatea îi duce pe aceşti oameni, în special pe femei, la diferite probleme create de ei înşişi ….. Bătrânii sunt îndemnați deseori spre băutură de către oameni deghizați în aşa-zişi oameni buni" (D., 77 de ani, fost deținut politic, deficiență circulatorie cerebrală, soția pensionară pentru limită de vârstă şi cu Parkinson de 12 ani, FG nebeneficiari 8).*

În privința persoanelor care îi vizitează iată ce se afirmă:

- *„Persoanele sunt câteodată reticente împotriva persoanelor care sunt asistenți. Am fost asistent personal la o femeie dar nu am mai continuat să o vizitez deoarece familia ei era împotriva vizitelor mele" (K., 55 de ani, pensionare anticipată, soțul, 58 ani, pensionar, FG nebeneficiari 8).*

În *interviurile individuale* a fost *larg dezbătută* problema singurătății, a nevoii de companie:

- *„Nu am unde să-l duc. Este foarte greu să nu ai cu cine să schimbi o vorbă şi are nopți când toată noaptea nu doarme ci strigă diferite persoane. Caut o femeie care să stea 8 ore pe zi pe lângă femeia care vine de la fundație" (aparținător – soț, diabet, operat pe creier de mai multe ori, Fundația Ruhama, interviu individual 1).*
- *„Nu avem nicio femeie să mă ajute" (beneficiar, paraplegie, operat la coloană şi cap, Asociația Caritas Catolica, interviu individual 2).*
- *„Sunt sclavul ei permanent. Mi-ar trebui şi mie momente de relaxare, să ies în natură. Mi-ar trebui un ajutor care să stea cu ea, să fiu sigur ca stă cu ea, pentru că e nevasta mea şi o iubesc şi am grijă de ea ca şi de mine. Ca şi eu să pot să-mi iau lumea în cap ca să zic aşa"; „I-ar trebui cineva care să se ocupe de ea, să-i vorbească, eu îi vorbesc tot timpul cât pot"; „aş avea nevoie. Dar cel mai tare mă doare că nu pot să citesc. Eu am fost economist la viața mea şi am scris o carte de epigrame. Sunt un om care am avut un tonus pozitiv. Dar nu ştiu cât timp mă ține" (aparținător – soția, 67 ani, boală psihică, sindrom reno-pulmonar, simpatectomie la brațul stâng, epilepsie, patru accidente vasculare cerebrale, Asociația Caritas Catolica, interviu individual 3).*
- *„Sigur, dar o persoană nu ar putea sta toată ziua cu mine. Fiecare are lucru. Dar dacă am probleme, vine doamna Vincz sau soțul ei sa mă ajute"; „Vine un voluntar sau doamna Iudit. Dar nu vreau să vină mai des. Eu am scripturile lui Dumnezeu. Confesiunea e cea mai apropiată de mine. Dumnezeu e familia mea. Întotdeauna am fost tare credincioasă" (beneficiar, Fundația Csillagvaros, interviu individual 4).*
- *„Să mă scoată la aer măcar o oră şi problemele cu medicii vă dați seama cât mă costă că acum am probleme cu dinții. Restul se rezolvă" (beneficiar, nevăzătoare, bypass, Fundația Ruhama, interviu individual 5).*

Aproape un sfert dintre cei intervievați (prin chestionar) locuiesc ***singuri***. Pentru cei care nu sunt în această situație, modelul cel mai frecvent de compoziție a

grupului de conviețuire include ***soțul/soția, copiii şi nepoții***. În cele mai multe cazuri, nepoții la care se face referire în răspunsurile subiecților sunt de fapt ***copii ai copiilor cu care vârstnicul împarte locuința***. Acest mod de conviețuire facilitează asistarea vârstnicului, pe de o parte, semnificând, pe de altă parte, fie un nivel redus al posibilităților materiale fie conformarea la un model de gospodărire bazat pe familia extinsă.

Cazurile de vârstnici care locuiesc împreună cu chiriaşi sau cu copii aflați în plasament sunt rarisime. Din punctul de vedere al compoziției gospodăriei nu există diferențe între vârstnicii cu handicap şi cei fără handicap.

Situația este relativ diferită din punctul de vedere al participării sociale percepute, măsurate prin scale psiho-sociologice. ***Vârstnicii cu handicap*** resimt într-o măsură semnificativ mai mare decât cei fără handicap un ***sentiment de izolare socială, de singurătate*** (măsurată prin scala de singurătate socială).

În schimb, măsurile pe scalele ***suportului social resimțit şi ale capitalului social instrumental*** sunt similare în cele două categorii de vârstnici.

Având în vedere că vârstnicii cu handicap locuiesc în familii cu o structură similară cu cea a celor fără handicap, putem presupune că singurătatea pe care o resimt este produsă de ***imposibilitatea participării sociale accesibilă persoanelor sănătoase***.

4. Informare şi consiliere defectuoasă

Ne referim la informare cu privire la serviciile guvernamentale şi nonguvernamentale existente, drepturile persoanelor vârstnice şi vorbim de consilierea vârstnicului în privința opțiunilor pe care le are în anumite situații.

Locul 3 în ierarhia *specialiştilor* este ocupat de nevoia de informare. Dacă facem o comparație între situația din municipiul Oradea şi cea din județul Bihor putem remarca faptul că la oraş este mai satisfăcută nevoia de informare în timp ce la sat sunt satisfăcute într-o mai mare măsură nevoile spirituale.

Nevoia de informare şi consiliere este clasată pe *locul 4* în ierarhia realizată de *persoanele vârstnice care beneficiază de servicii sociale*. Vârstnicii recunosc că ştiu foarte puține lucruri despre drepturile pe care le au, despre serviciile de care pot beneficia etc. şi acuză ONG-urile de faptul că nu s-au făcut cunoscute (lipsa de popularizare a ONG-urilor).

- *„Fundațiile nu ştiu de existența persoanelor în vârstă. Câteodată întâmplător aflu de ONG-uri" (L., hemipareză pe partea dreapta de 10 ani, FG beneficiari 7).*

Vârstnicii care nu beneficiază de servicii sociale aşează informarea şi consilierea la fel ca şi specialiştii pe *locul 3*. S-a discutat despre multiplele sarcini/roluri pe care le are asistentul social şi despre vulnerabilitatea vârstnicului la tot felul de excrocherii şi, în acest context, de importanța consilierii şi a companiei.

- *„Asistentul se zice că ar trebui să facă de toate … dar nu poate. Dar pe la aceşti bătrâni ar mai trebui să treacă şi alte persoane care să le vorbească frumos … oameni pregătiți pentru a sta de vorbă cu vârstnicii. Nu pot să îmi las soția singură pentru că aceşti bolnavi vor să facă ceva tot timpul deşi nu putem să îi punem să desfăşoare o activitate deoarece sunt lipsiți de judecată" (D., 77 de ani, fost deținut politic, deficiență circulatorie cerebrală, soția pensionară pentru limită de vârstă şi cu Parkinson de 12 ani, FG nebeneficiari 8).*
- *„Mai sunt persoane vârstnice care sunt vulnerabile la excrocherii. Cunosc multe persoane care au 3-4 apartamente de la vârstnici. Singurătatea îi duce pe aceşti oameni, în special pe femei, la diferite probleme create de ei înşişi ….. Bătrânii sunt îndemnați deseori spre băutură de către oameni deghizați în aşa-zişi oameni buni" (D., 77 de ani, fost deținut politic, deficiență circulatorie cerebrală, soția pensionară pentru limită de vârstă şi cu Parkinson de 12 ani, FG nebeneficiari 8).*

Din *interviurile individuale* rezultă accesul restrâns la diverse surse de informare. Cu toate acestea, este *conştientizată nevoia* de informare, de consiliere.

- *„Ar trebui să fiu informat audio casetă" (aparținător – soția, 67 ani, boală psihică, sindrom reno-pulmonar, simpatectomie la brațul stâng, epilepsie, patru accidente vasculare cerebrale, Asociația Caritas Catolica, interviu individual 3).*
- *„Nu am niciun mijloc de informare. Numai când vin la biserică. Mai merg în parc şi acolo mai vorbesc cu oamenii. Dar e destulă informația pe care o primesc de la fundație" (beneficiar, Fundația Csillagvaros, interviu individual 4).*
- *„Informarea mi-o fac prin radio, TV. Primăria mi-a dat telefon cu ceva timp în urmă şi i-am întrebat dacă au servicii pentru orbi pentru a-mi da o femeie de încredere. As dori să ştiu mai multe despre alte fundații"; „Dar confesiunea, nu am încredere în preoți. Ei nu ştiu să comunice cu oamenii" (beneficiar, nevăzătoare, bypass, Fundația Ruhama, interviu individual 5).*

5. Probleme ale sistemului de asistență socială a vârstnicilor

„***Asistența socială*** desemnează un ansamblu de instituții, programe, măsuri, activități profesionalizate, servicii specializate de protejare a persoanelor, grupurilor, comunităților cu probleme, aflate temporar în dificultate, care datorită

unor motive de natură economică, socio-culturală, biologică sau psihologică nu au posibilitatea de a realiza prin mijloace şi eforturi proprii un mod normal, decent de viaţă" (Zamfir E., 1995, p. 61).

Prin serviciile de asistenţă socială a persoanelor vârstnice înţelegem prevenirea marginalizării sociale şi sprijinirea pentru reintegrarea socială, consiliere juridică şi administrativă, sprijin pentru plata unor servicii şi obligaţii curente, ajutor pentru menaj, reprezentare etc..

Tabelul 24. ***Servicii sociale şi prestaţii de care beneficiază vârstnicii din rural***

	consiliere juridică, adminis-trativă	cantină socială	îngrijire la domiciliu	facilităţi transport intern	bilete de tratament balnear	îngrijire în centre de zi, cluburi pt. vârstnici
cu handicap	2,2		20,9	41,8	27,5	4,4
fără handicap			2,7	40,2	32,1	6,3

Cele mai frecvente servicii de care beneficiază vârstnicii din mediul rural sunt cele de ***îngrijire la domiciliu, probabil prin asistent personal***. În schimb, numărul vârstnicilor care beneficiază de servicii de consiliere sau de îngrijire în centre de zi sau în cluburi pentru vârstnici este foarte mic.

Tabelul 25. ***Servicii sociale şi prestaţii de care beneficiază vârstnicii din urban***

	consiliere juridică, adminis-trativă	cantină socială	îngrijire la domiciliu	facilităţi transport intern	bilete de tratament balnear	îngrijire în centre de zi, cluburi pt. vârstnici
cu handicap	1,0	2,0	10,2	58,2	23,2	11,3
fără handicap	2,0	1,5	3,6	65,7	16,2	5,1

Cei mai mulţi vârstnici din mediul urban beneficiază de ***facilităţi transport intern***. Doar o mică parte dintre ei au obţinut ***bilete de tratament*** balnear sau ***îngrijire la domiciliu***. Destul de ciudat mi se pare faptul că vârstnicii cu handicap apelează

mai frecvent ***centrele de zi sau cluburile*** destinate acestei categorii de vârstă; să fie oare din pricina faptului că vârstnicii fără handicap continuă să desfăşoare tot felul de activități (de exemplu, îngrijirea nepoților sau diverse activități suplimentarea veniturilor), ei având încă o oarecare capacitate de muncă.

Specialiştii prezenți la focus-grup plasează pe *locul 4* nevoia de asistență socială, iar persoanele vârstnice (beneficiari şi ne-beneficiari) o aşează *pe ultimele locuri* (*locul 6 şi 5*). Acest lucru nu înseamnă că problemele sistemului de asistență socială nu sunt relevante ci doar că sunt alte probleme precum îngrijirea medicală, sărăcia, lipsa de companie şi informare care sunt percepute ca fiind mai grave.

Printre problemele semnalate de vârstnicii beneficiari de servicii se numără:

- insuficiența căminelor comparativ cu nevoia/cererea de astfel de servicii comunitare;
- comportamentul inadecvat al funcționarilor publici;
- nesiguranța continuității serviciilor;
- restrângerea dreptului de liberă circulație pentru vârstnicii aflați în centrele rezidențiale din pricina faptului că nu pot deține decât o carte de identitate provizorie.

- *„Lipsa căminelor de bătrâni pentru când rămânem singuri. E mai omenesc la cămin decât singură” (L., hemipareză pe partea dreapta de 10 ani, FG beneficiari 7).*
- *„Desființarea locului de unde primesc servicii” (M.O., 6 nepoți abandonați, pensie + alocații de plasament, FG beneficiari 7).*
- *„La cămin nu avem voie să părăsim țara. Am pe cineva în Debrețin dar nu pot să o vizitez”; „Nu se poate rezolva problema de a avea un buletin dacă stau în cămin?” (carte de identitate provizorie; pentru faptul că nu au locuință proprie nu pot avea buletin) (I., 69 de ani, văduv, 4 copii, de 6 ani în Căminul de bătrâni din Sânmartin, FG beneficiari 7).*

Vârstnicii ne-beneficiari de servicii au semnalat următoarele probleme ale sistemului de asistență socială:

- lipsa de vizite ale asistentului social la domiciliu;
- lipsa cantinelor sociale, în special a cantinelor pentru persoanele cu handicap (de multe ori bătrânețea se asociază şi cu handicapul);
- lipsa de aparatură pentru adaptarea locuinței;
- lipsa de servicii/asistenți personali pregătiți să se ocupe de bolnavii cu Alzheimer sau Parkinson.

- *„Sunt alții care s-ar putea deplasa, dar au nevoie de aparatură. Iar aceste aparate să poată fi închiriate … lipsă de aparatură" (T., 65 de ani şi 2 copii la facultate, FG nebeneficiari 8).*
- *„Am întâlnit persoane cu Alzheimer care nu găsesc nicio soluție la problema lor. Ar trebui asistenți pentru cei cu Parkinson sau Alzheimer (T., 65 de ani şi 2 copii la facultate, FG nebeneficiari 8).*

Lipsa personalului specializat şi accesibil persoanelor vârstnice (logoped, fizioterapeut, asistent social etc.) a fost vehiculată în cadrul *interviurilor individuale*.

- *„Le-am cerut să-mi asigure un logoped (celor de la ASCO). Nu trăiesc cu capul în nori, presupun că nu se pot face minuni ca soția mea să poată vorbi. Dar un specialist logoped totuşi poate să mă ajute prin mijloace subsidiare: poate mijloace de comunicare. Ar trebui să fie ceva"; „Îngrijirea medicală nu e suficientă. Ar trebui pansată zilnic" (aparținător – soția, 67 ani, boală psihică, sindrom reno-pulmonar, simpatectomie la brațul stâng, epilepsie, patru accidente vasculare cerebrale, Asociația Caritas Catolica, interviu individual 3).*
- *„Mi-ar trebui medici, fizioterapeut" (aparținător – soția, 67 ani, boală psihică, sindrom reno-pulmonar, simpatectomie la brațul stâng, epilepsie, patru accidente vasculare cerebrale, Asociația Caritas Catolica, interviu individual 3).*
- *„ ... dar cred că nu au personal" (beneficiar, nevăzătoare, bypass, Fundația Ruhama, interviu individual 5).*

6. Capacitate limitată de autogospodărire (nevoia de sprijin administrativ)

O altă problemă semnalată de toate grupurile de discuții a fost cea a „capacității de autogospodărire", a ***capacității de a se descurca singuri*** în propria locuință. Aceasta este considerată o problemă mai puțin importantă comparativ cu cele dezbătute deja (*locul 6* pentru specialişti şi ne-beneficiari şi *locul 5* pentru vârstnicii beneficiari).

Persoane vârstnice care beneficiază de servicii sociale apreciază că sunt mulți vârstnici care se află în imposibilitatea de a se descurca singuri acasă motiv pentru care aleg centrele rezidențiale. Sunt alții care sunt nevoiți să se dea în întreținere unei persoane pentru a beneficia de sprijin.

- *„Nu am putut să mă întrețin. Nu am putut face curățenie, nu puteam să cumpăr haine, mâncare şi înainte ceream de la copii bani pe lângă pensie" (C.L., 76 de ani, instituționalizat în Căminul de bătrâni din Sânmartin, FG beneficiari 7).*

- *„Ajutorul pentru îngrijire şi grădină şi tot (curățenie, aranjat)" (T.R., 80 de ani, ajutor social, piciorul operat, tijă, FG beneficiari 7).*

Persoane vârstnice care nu beneficiază de servicii sociale consideră probleme în special efectuarea cumpărăturilor şi pregătirea mâncării.

- *„Cei care nu se pot deplasa, cine le face aprovizionarea ... probleme cu cumpărăturile pentru persoanele nedeplasabile" (T., 65 de ani şi 2 copii la facultate, FG nebeneficiari 8).*

Şi în *interviurile individuale* această nevoie a fost clasată *pe ultimul loc* în ierarhia celor mai grave probleme.

Conform studiului cantitativ (chestionar) ***familia este principala sursă de sprijin pentru toți vârstnicii,*** în rezolvarea numeroaselor probleme cu care se confruntă.

Tabelul 26. ***Suport social efectiv şi servicii pentru vârstnicii din mediul rural***

	ajută în relațiile cu autoritățile									
	susținători legali, familie	cunoştințe prieteni, vecini	preot	primar	asistent social	fundații ONG-uri	medic de familie	poliție	alte pers	nici una
cu handicap	79,1	5,5	5,5	3,3	7,7		5,5	2,2	3,3	8,8
fără handicap	70,3	15,2	0,9	6,3	2,7		3,6	2,7	1,8	9,9
	ajută în problemele personale									
cu handicap	75,8	6,6	1,1		2,2		1,1		1,1	18,7
fără handicap	52,3	3,6							2,7	37,5
	ajută cu problemele de sănătate									
cu handicap	72,5	1,1	1,1		2,2		26,7		1,1	6,6
fără handicap	58,2	3,6	0,9		0,9		31,3		1,8	11,6

	ajută la treburile gospodăreşti									
	nimeni	susținător legali, rudele	prieteni	vecini	oameni din sat	persoane care vă întrețin	nu ştiu/ răsp			
cu handicap	15,4	68,1		11,1	3,3	5,5				
fără handicap	31,3	52,7		8,0	2,7	0,9	0,9			

Pentru rezolvarea problemelor derivate din relațiile cu autoritățile sau pentru rezolvarea problemelor de igienă personală (care, într-adevăr, privesc mai puțin pe cei fără handicap), vârstnicii se bazează arareori pe alte persoane decât membrii familiei, în majoritatea cazurilor diferențele înregistrate la aceste categorii fiind în limitele marjei de eroare.

Vârstnicii fără handicap primesc sprijin relativ frecvent de la ***cunoştințe*** sau de la ***vecini*** în gestionarea relațiilor cu autoritățile, ceea ce indică probabil faptul că absența unui handicap major le-a permis păstrarea unor relații eficiente (ipoteză neconfirmată de măsurile capitalului social instrumental). Pe de altă parte, la rezolvarea unor chestiuni personale (igienă personală, administrarea hranei), la rezolvarea unor probleme de sănătate şi la rezolvarea treburilor gospodăreşti, ***vârstnicii cu handicap*** menționează mai frecvent ajutor recepționat, ceea ce confirmă ***dependența lor de ajutor*** şi ***costurile*** pe care vârstnicii cu handicap le impun comunităților şi mai ales familiilor.

Este de notat absența ONG-urilor şi a fundațiilor din lista instituțiilor care furnizează servicii pentru vârstnici. Nici primăria nu sprijină, se pare, vârstnicii în soluționarea altor probleme decât a celor legate de chestiuni administrative.

Ajutorul este, însă, necesar, lucru dovedit de faptul că, în jur de 14% (în rural) şi 7% (în urban) dintre vârstnici au înțelegeri cu anumite persoane pentru a primi ajutor contra cost sau contra plată în natură.

Tabelul 27. ***Suport social efectiv şi servicii pentru vârstnicii din mediul urban***

	ajută în relațiile cu autoritățile									
	susținători legali, familie	cunoştinţe prieteni, vecini	preot	primar	asistent social	fundații ONG-uri	medic de familie	poliție	alte pers	nici una
cu handicap	93,1	26,3		2,2	10,2		6,3		6,3	12,0
fără handicap	85,4	31,6	3,7	2,4	7,0		3,7		12,6	32,2
	ajută în problemele personale									
cu handicap	91,0	17,3			6,5		4,3		12,2	25,8
fără handicap	82,9	14,9					4,9		8,0	49,7
	ajută cu problemele de sănătate									
cu handicap	86,8	18,5			8,3		56,3		8,0	14,5
fără handicap	76,1	7,0					62,0		11,4	27,5

	ajută la treburile gospodăreşti									
	nimeni	susținători legali, rudele	prieteni	vecini	oameni din sat	persoane care vă întrețin	nu ştiu/ răsp			
cu handicap	18,5	94,4	12,0	10,0		4,3				
fără handicap	53,6	76,5	5,7	11,6		4,8				

În mediul urban, poate şi datorită specificului relațiilor existente aici (relații mai impersonale), ***prietenii şi vecinii*** se implică mai degrabă în probleme mai puțin personale (ce țin de relația cu autoritățile), iar sprijinul resimțit din partea ***poliției,*** a ***primarului*** şi a ***preotului*** este aproape inexistent. Interesant este faptul că organizațiile nonguvernamentale nu par să fie active deloc în viața acestor vârstnici, în schimb ***asistentul social*** (din structurile guvernamentale presupunem) contribuie într-o mică măsură la sprijinirea acestei categorii de persoane.

7. Dependența de ceilalți (problemele aparținătorilor)

Dependența vârstnicului de ceilalți a fost o problemă semnalată atât de persoanele de vârsta a treia cât şi de către aparținătorii acestora. Se insistă pe faptul că familia nu este susținută.

- *„Pe parcursul zilei mai fac cumpărăturile. Ca să pot face cumpărăturile, i-am făcut un grilaj la pat ca să nu cadă din pat. Dar când stau mai mult la cumpărături atunci caut pe cineva să stea cu el şi să îi vorbească sau, de obicei, merg la cumpărături când el doarme"; „Problemă gravă e faptul că nu pot să îl ridic. De la Fundația Ruhama mă mai ajută să îi fac baie dar acum deja de 2 săptămâni nu-l mai puteam ridica să îl ducem la baie. Nici căruciorul nu mai intra pe uşa de la baie pentru că uşa este mică. Cred că m-ar ajuta mai mult dacă ar veni un bărbat să mă ajute că are mai multă forță dar nu cred că la fundație se găsesc bărbați. Am căutat un bărbat care să vină în fiecare seară măcar, dar nu găsesc. Are 100 de kg şi de exemplu acum când am vrut să îl ducem la baie l-am luat de pe cărucior şi când să pună un pas nu am mai reuşit să îl ținem. Am măcar 2 vecini mai solizi care mă ajută dacă se întâmplă ceva. Din această cauză am fost nevoită să modific şi aspectul interior al casei. După operație mai se deplasa până la bucătărie după un pahar de apă. După operație însă uita foarte repede şi de multe ori nici pe mine nu mă mai recunoştea. Tot spune că eu nu fac nimic şi să vină maica-mea. De multe ori sunt momente în care nu mă recunoaşte"; „În rest, am nevoie de putere şi răbdare" (aparținător – soț, diabet, operat pe creier de mai multe ori, Fundația Ruhama, interviu individual 1).*
- *„Soția mea s-a îmbolnăvit lângă mine"; „Primesc bani în calitate de asistent personal. Îngrijirea medicală e cea mai importantă … să vină şi să îi facă soțului meu o analiză şi asupra corpului" (aparținător – soțul, paraplegie, operat la coloană şi cap, Asociația Caritas Catolica, interviu individual 2).*
- *Totul, 24 din 24, fără sâmbătă, fără duminică, fără concediu, eu sunt tot timpul sclavul ei (aparținător – soția, 67 ani, boală psihică, sindrom reno-pulmonar, simpatectomie la brațul stâng, epilepsie, patru accidente vasculare cerebrale, Asociația Caritas Catolica, interviu individual 3).*
- *„Am căutat pentru soția mea o familie ca să nu stea soția mea pe spinarea statului. I-am oferit totul (cazare, masă) femeii pe care am angajat-o dar după 2 luni a plecat. Eu am grija de soția mea tot timpul şi sunt asistentul ei personal. Merg după medicamente, fac mâncare, curățenie … pretenții mari din partea îngrijitorilor" (D., 77 de ani, fost deținut politic, deficiență circulatorie cerebrală, soția pensionară pentru limită de vârstă şi cu Parkinson de 12 ani, FG nebeneficiari 8).*

8. **Nevoi spirituale**

Nevoile spirituale (mai ales religioase) au fost semnalate în cadrul focus-grupului cu specialiştii. Apariția acestor nevoi se poate explica prin prezența importantă a reprezentanților unor organizații religioase la acest grup de discuții.

Un alt aspect surprins de cercetarea cantitativă se referă la ***modul în care vârstnicii îşi percep viața***. Itemii subiectivi de calitate a vieții arată că persoanele încadrate în grade de handicap tind să vadă viața în tonuri mai sumbre. Printre vârstnicii cu handicap, ponderea celor care nu sunt mulțumiți cu felul în care trăiesc şi a celor care cred că în viitorul apropiat vor trăi mai prost este semnificativ mai mare decât în rândul grupului de control. Vârstnicii cu handicap apreciază mai negativ starea sănătății decât restul vârstnicilor, dar acest lucru era de aşteptat, având în vedere indicatorii obiectivi ai stării de sănătate.

Tabelul 28. ***Măsuri subiective ale calității vieții vârstnicilor din rural*** **(%)**

		foarte bună	destul de bună	proastă	foarte proastă	
cum apreciați starea sănătății dvs. din ultimul timp?	cu handicap		11,1	57,1	31,7	
	fără handicap	1,8	34,9	53,2	10,1	
		foarte mulțumit	destul de mulțumit	nu prea mulțumit	deloc mulțumit	
cât de mulțumiți sunteți în general de felul în care trăiți?	cu handicap	2,9	21,4	42,9	32,9	
	fără handicap	4,5	36,0	41,4	18,0	
		ceva mai bine	aproximativ la fel	ceva mai prost	mult mai prost	nu ştiu
cum credeți că veți trăi peste un an?	cu handicap	10,0	27,1	31,4	12,9	18,6
	fără handicap	18,8	40,2	13,4	8,0	19,6

Tabelul 29. ***Măsuri subiective ale calității vieții vârstnicilor din urban (%)***

		foarte bună	destul de bună	proastă	foarte proastă	
cum apreciați starea sănătății dvs. din ultimul timp?	cu handicap	1,3	22,8	57,0	19,0	
	fără handicap	3,2	44,6	47,3	4,8	
		foarte mulțumit	destul de mulțumit	nu prea mulțumit	deloc mulțumit	
cât de mulțumiți sunteți în general de felul în care trăiți?	cu handicap	2,4	17,9	52,4	27,4	
	fără handicap	4,1	31,6	49,0	14,8	0,5
		ceva mai bine	aproximativ la fel	ceva mai prost	mult mai prost	nu ştiu
cum credeți că veți trăi peste un an?	cu handicap	10,6	41,2	24,7	9,4	14,1
	fără handicap	13,5	49,7	21,8	4,1	10,9

(Bodogai, 2009).

3.3.3.2. Satisfacerea nevoilor vârstnicilor

În cadrul focus-grupului cu specialiştii, la întrebarea „Câte persoane beneficiază de serviciile publice sau de serviciile oferite de către ONG-uri? s-a ajuns la următoarea evaluare (medie consensuală):

Tabelul 30. ***Ponderea vârstnicilor care au nevoile satisfăcute prin diverse servicii***

media evaluărilor participanților

	județ	Oradea	media
îngrijire medicală	0,3	0,55	0,425
sărăcie / lipsuri materiale	0,43	0,25	0,34
alimentație carențată	0,46	0,31	0,385
companie	0,5	0,32	0,41
informare	0,36	0,6	0,48
asistență socială	0,3	0,46	0,38
capacitate de autogospodărire	0,33	0,38	0,355
nevoi spirituale	0,73	0,68	0,705

Despre ***gradul de acoperire al nevoilor*** putem afirma: nevoia de informare este relativ bine acoperită (36% în județ; 60% în Oradea); îngrijirea medicală (30% în județ; 55% în Oradea) şi nevoia de companie (50% în județ; 32% în Oradea) sunt oarecum rezolvate; restul nevoilor par să fie mai puțin acoperite. Dacă este nevoie de servicii, în general instituția este cea care plăteşte. Persoanele vârstnice care au locuință se mai descurcă.

Aceste cifre ne oferă ponderea aproximativă a celor aflați în nevoie, care nu au nevoile acoperite prin diverse servicii (servicii sociale instituționalizate sau familiale, de întrajutorare etc.). ***Cea mai puțin acoperită nevoie este „sărăcia"***(specialiştii afirmă că aproximativ 70% dintre vârstnici sunt săraci). ***Vârstnicii orădeni*** sunt ***mai bine informați***, beneficiază de ***îngrijire medicală mai bună***, sunt ***mai săraci*** şi ***suferă mai mult din cauza lipsei de companie*** (Bodogai, 2009).

3.3.3.3. Propuneri pentru servicii sociale specifice

Ajutoarele şi serviciile considerate necesare de către vârstnici şi specialişti izvorăsc din necesităţile şi problemele deja reliefate. În cadrul interviurilor individuale şi de grup au fost propuse următoarele soluţii:

1. Servicii de îngrijire la domiciliu (gratuit):

- vizite ale as. sociali (personal calificat) la domiciliu;
- „masă caldă pe roţi" sau distribuire de alimente (vârstnicii sunt dispuşi să plătească un preţ modic pentru acest serviciu);
- menaj şi îngrijire în interior;
- sprijin în efectuarea cumpărăturilor; reînfiinţarea unor „case de comerţ" (cumpărături la comandă);
- curăţenie de sărbători;
- închirierea aparaturii necesare pt. adaptarea locuinţei de la o instituţie anume;

2. Cantină socială (inclusiv în regim de catering); cantine adaptate pentru persoanele vârstnice cu handicap;

3. Îngrijire în centre rezidenţiale: mai multe cămine (5 cămine de 50 persoane) în fiecare cartier, cămine specializate pe categorii de afecţiuni;

4. În întreţinerea unei persoane în schimbul locuinţei

- implicarea Autorităţii tutelare în situaţiile de vânzare sau de atribuire a casei în schimbul îngrijirii;
- obligarea notarului de a informa pe cel care se pune în situaţia de a-şi pierde locuinţa;

5. Colaborare între instituţii pentru asigurarea continuităţii serviciilor

6. Utilizarea voluntarilor, studenţilor pentru companie, socializare

7. Campanii de informare (organizate la DAS - Direcția de Asistență Socială sau la sediul ONG-urilor):

- medicii de familie (pliante);
- asistentul social (vizite la domiciliu);
- tel-verde (telefon gratuit pentru informații);
- presa scrisă (Ziarul Primăriei şi alte cotidiane) – lista ONG-urilor;
- afişe la diferite instituții, în alimentare şi piețe agroalimentare;
- pliante distribuite pe stradă sau nominal (pt. eficientizarea acțiunii);
- implicarea voluntarilor şi a studenților practicanți în acțiuni de informare;
- Radio-TV;
- biserici (preoți);
- centrele de zi pentru vârstnici (Centrele Multifuncționale); ONG-uri;
- poliția de proximitate, şefii de scară;
- birouri de consiliere şi alte centre de informare;
- telefon la domiciliu;
- evaluarea angajaților instituției de către beneficiari pentru schimbarea atitudinii necorespunzătoare a unora dintre angajați / orientarea personalului către clienți;

8. Ajutoare sociale:

- subvenționarea achiziției de alimente (cupoane, bonuri);
- vizite trimestriale ale medicului specialist la domiciliu (gratuit);
- decontarea serviciilor de îngrijire medicală la domiciliu de către Casa de Asigurări de Sănătate;
- creşterea fondurilor alocate pentru analizele gratuite sau subvenționarea lor de către fundații, DAS - Direcția de Asistență Socială;
- mărirea salariului pt. asistentul personal;
- posibilitatea de înlocuire a bonurilor de masă cu un concediu pt. asistentul personal;
- scutirea de taxe a locurilor de veci.

Tabelul 31. ***Nevoile cărora li se adresează soluțiile propuse***

Soluții / Arii problematice	Servicii de îngrijire la domiciliu	Cantină socială	Îngrijire în centre rezidențiale	În între-ținerea unei pers. schimbul locuinței	Colaborare între instituții	Utilizare voluntari studenți	Campanii de informare	Ajutoare sociale
Îngrijire medicală	X		X					X
Sărăcie/ lipsuri materiale	X	X	X					X
Companie, socializare	X	X	X			X		
Informare, consiliere	X	X	X		X	X	X	
Sistemul de as. socială a vârstnicilor	X	X	X		X		X	X
Capacitate de autogospodărire / sprijin administrativ	X	X	X	X		X		
Dependență de ceilalți	X		X					
Nevoi spirituale			X					

Majoritatea vârstnicilor din mediul rural solicită ***acces mai bun la facilități medicale***, iar mulți vârstnici neîncadrați în grade de handicap consideră necesară ***mărirea pensiilor***. Prioritățile sunt clar specifice în cazul vârstnicilor cu handicap: o cincime dintre aceştia solicită ***îngrijire la domiciliu*** iar aproape 10% solicită ***sprijin în regim rezidențial***.

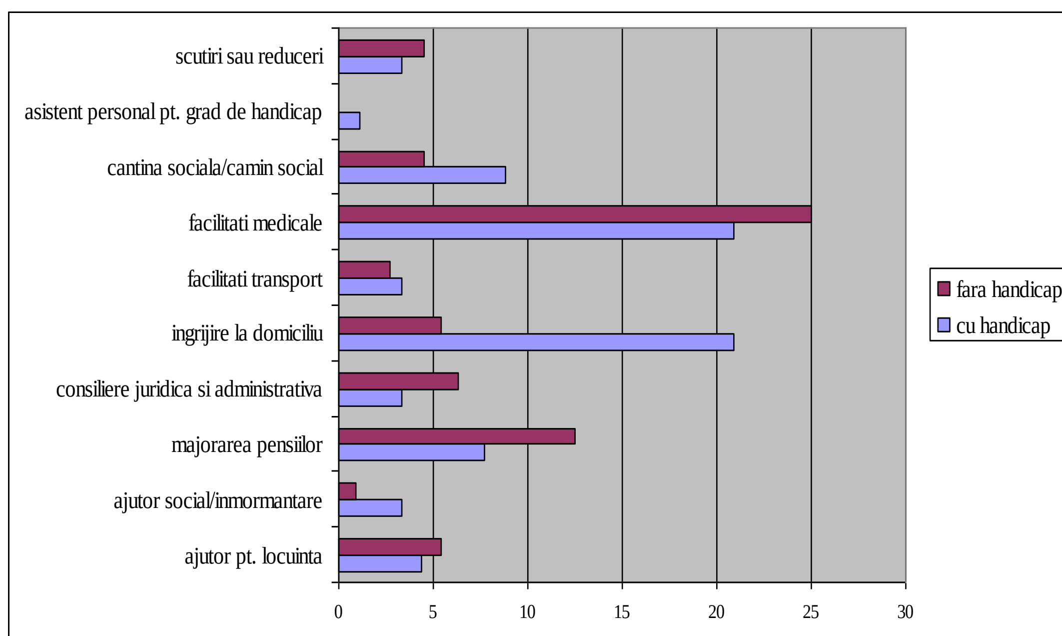


Figura 10. *Servicii şi prestaţii solicitate de vârstnicii din mediul rural*

În mediul urban, facilităţile medicale, îngrijirea la domiciliu, facilităţile pentru transport şi majorarea pensiilor reprezintă principalele solicitări din partea vârstnicilor cu handicap. Cei fără handicap doresc să beneficieze de facilităţi medicale şi de transport, dar şi de cantină socială, îngrijire la domiciliu, majorarea pensiilor şi ajutor în gospodărie.

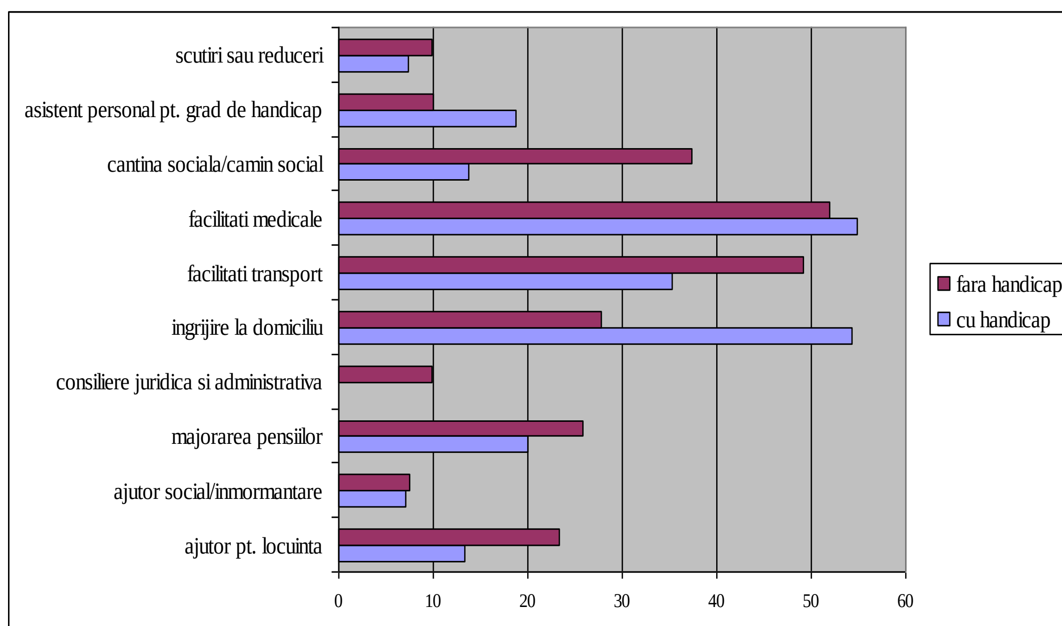


Figura 11. *Servicii şi prestaţii solicitate de vârstnicii din mediul urban*

La nivelul recomandărilor generale, opiniile vârstnicilor se concentrează în zona sporirii prestațiilor, măririi pensiilor sau a creşterii accesului la gratuități sau alte facilități. Ponderi mai reduse revin solicitărilor de servicii sociale, situație care poate reflecta, pe de o parte, situația materială precară a majorității vârstnicilor dar şi necunoaşterea serviciilor sociale.

Soluțiile prioritare vehiculate trebuie corelate cu intervențiile care pot fi furnizate prin intermediul serviciilor de asistență socială conform legislației de specialitate din domeniu:

- ***servicii gratuite de îngrijire la domiciliu*** (companie, socializare, îngrijire, masă la domiciliu) pentru întărirea capacității de a se descurca singuri;
- ***servicii şi campanii de informare*** (despre serviciile şi unitățile sociale şi socio-medicale existente în județ şi despre drepturile pe care le au; sensibilizarea autorității tutelare şi a notarilor publici pentru a preveni situațiile de abuz la încheierea contractelor de întreținere);
- ***locuri*** gratuite ***în centrele rezidențiale*** pentru persoanele vârstnice fără posibilități materiale şi financiare (sau cu o contribuție mică) (Bodogai, 2009).

3.4. CONCLUZII

Există câteva încercări de identificare şi clasificare, de realizare a unor *tipologii ale nevoilor specifice persoanelor vârstnice*. Cei mai reprezentativi autori sunt: Bradshaw (1972), Isaacs şi Neville (1975), Havighurst (1980), Harbert şi Ginsberg (1990), Cordingley, Hughes şi Challis (2001), Bălaşa (2000, 2003, 2004, 2005), Bogdan (2002, 2003, 2004, 2005, 2006), Gal (2003), Gîrleanu-Şoitu (2002, 2004, 2005, 2006), Stanciu C. (2005, 2008), Bodogai (2009). Este necesar să conștientizăm că reducerea nevoilor unui grup țintă, în cazul nostru vârstnicii, la acele necesități universal valabile descrise de Maslow este ineficientă atunci când dorim să dezvoltăm servicii și prestații sociale care să acopere nevoile reale existente. Doar cercetări regulate, calitative și cantitative, ar permite o bună identificare, evaluare și prioritizare a nevoilor acestui grup.

Cercetarea realizată în 2009 (studiu cantitativ şi calitativ) a analizat nevoile vârstnicilor din județul Bihor.

Pentru început am identificat ***mediul de servicii existent***, prezentând sintetic organizațiile guvernamentale şi nonguvernamentale din județ şi serviciile acreditate destinate protecției persoanelor vârstnice.

Partea cea mai importantă a cercetării a constat în ***identificarea şi ierarhizarea nevoilor*** / problemelor cu care se confruntă vârstnicii din județul Bihor şi în ***evaluarea nevoii de servicii sociale specifice*** (aprecierea gradului de acoperire a nevoilor prin servicii şi estimarea nevoilor neacoperite şi a numărului de beneficiari posibili). Am considerat necesar să aflăm pentru început care sunt serviciile şi prestațiile de care ***beneficiază în prezent*** vârstnicii din județul nostru, dar şi ***rețelele sociale de suport existente***, pentru ca în final să menționăm care sunt ***serviciile solicitate sau propuse*** pentru îmbunătățirea situației.

Problemele care produc îngrijorare cel mai frecvent în rândul vârstnicilor, indiferent de categoria analizată, sunt ***sărăcia şi problemele de sănătate*** (veniturile sunt insuficiente în raport cu necesitățile; vârstnicii se confruntă cu o serie de probleme de sănătate, suferind concomitent de mai multe boli).

Principala sursă de sprijin în rezolvarea diverselor probleme cărora vârstnicii trebuie să le facă față o constituie ***familia***, care este compusă, cel mai frecvent, din soț/soție, copii şi nepoți. Familia este supusă unor presiuni din ce în ce mai mari din partea societății în care trăim şi are nevoie să fie şi ea sprijinită la rândul ei. Din păcate suportul familiei se realizează doar într-o mică măsură.

Cum era de presupus, vârstnicii din mediul ***urban*** beneficiază de mai multe servicii şi prestații sociale decât cei din mediul rural datorită ***posibilităților de acces mai largi***.

Comparativ cu nevoia percepută, serviciile sociale pentru vârstnici sunt insuficient dezvoltate în județul Bihor.

În concluzie, putem afirma că ipotezele care au stat la baza studiului au fost confirmate.

Dincolo de a testa ipotezele (cercetare explicativă) am încercat ***să produc informații despre realitatea socială*** (cercetare descriptivă). În urma focus-grupurilor, a interviurilor individuale şi a aplicării chestionarului am sintetizat şi ierarhizat (în funcție de gravitate) principalele arii problematice referitoare la vârstnici și propun următoarea **TIPOLOGIE A NEVOILOR VÂRSTNICILOR** (Bodogai, 2009, p. 181-182):

1. acces la îngrijire medicală adecvată;
2. sărăcie / lipsuri materiale;
3. dificultăți de socializare, lipsă de companie;
4. informare şi consiliere defectuoasă;
5. probleme ale sistemului de asistență socială a vârstnicilor;
6. capacitate limitată de autogospodărire / nevoia de sprijin administrativ;
7. dependență de ceilalți (problemele aparținătorilor);
8. nevoi spirituale.

Pentru a răspunde tuturor acestor probleme este necesar ca furnizorii de servicii sociale să fie „mai apropiați" de vârstnici, să nu gândească soluțiile doar „din birou", ci chiar să aibă un contact permanent cu comunitatea pentru că de multe ori aici găseşte soluțiile cele mai potrivite. Am impresia că nu se ştiu folosi şi gestiona într-un mod eficient resursele din comunitate şi ne bazăm mai degrabă doar pe un ajutor exterior. De exemplu, vârstnicii „sănătoşi" şi-au manifestat deschiderea în a-i ajuta pe cei dependenți, dar afirmă că nu există persoane care să-i organizeze şi să le legitimeze acțiunile (focus-grup); personalul din centrele multifuncționale ar putea îndeplini această sarcină. De asemenea, nu există o bază de date informatizată cu beneficiarii de servicii sociale, bază la care să aibă acces personalul specializat din toate organizațiile. Sunt situații în care unii vârstnici profită de acest fapt şi solicită aceeaşi prestație sau serviciu din partea mai multor organizații dezavantajându-i pe ceilalți (care nu ajung să beneficieze de ajutor).

Consider necesar să se organizeze mai sistemic şi mai riguros modul şi felul de acordare a serviciilor astfel încât să existe o coerență internă a acestora. În județul Bihor se lucrează încă fragmentat pe acest sector al vârstnicilor şi se simte

lipsa de colaborare reală şi eficientă dintre organizațiile implicate în procesul de protecție socială (există chiar şi unele animozități, orgolii fără rost sau invidii între organizații). Sectorul guvernamental pare paralizat şi cred că are de suferit din pricina faptului că nu se realizează o evaluare internă reală a activității desfăşurate de fiecare departament, fapt care ar conduce la îmbunătățirea activității desfăşurate. Ca asistent social este important să fii creativ (să găseşti soluții la probleme imposibile) şi să te implici într-adevăr în munca desfăşurată.

CONCLUZII FINALE

Asistența socială este un *domeniu foarte dinamic*, domeniu care se construiește și se adaptează continuu la noile provocări sociale. La începuturile sale, au existat *critici* privind caracterul vag și de improvizație al acestei științe, lipsa de precizie cu privire la ce trebuie realizat și cum anume ar trebui să se acționeze. Se considera că asistența socială se bazează doar pe o anumită înțelepciune a practicii, rezultată din acumularea de experiență nemijlocită. Istoria asistenței sociale a fost marcată de încercarea de identificare a unei abordări unitare a practicii.

În momentul de față (2020) *sunt stabilite liniile directoare de acțiune în anumite situații sociale problematice* și există cercetări care au condus la conturarea mai clară a teoriei în asistență socială. Ceea ce poate este mai dificil de înțeles de specialiștii din alte domenii este caracterul extrem de dinamic al asistenței sociale deoarece realitatea socială pe care o abordăm se modifică constant. *Capacitățile adaptative* ale acestui sistem și ale fiecărui asistent social practician sunt *permanent solicitate*. Atât teoria, cât și legislația din domeniul asistenței sociale nu pot stabili exact fiecare detaliu al intervenției (precum se întâmplă în științele exacte) tocmai pentru că modul în care se manifestă o anumită problemă socială variază foarte mult de la un individ la altul. Acesta este motivul pentru care găsim creionate doar liniile directoare, *valorile specifice* (autodeterminarea individului; unicitatea și demnitatea înnăscută a individului) și *codul deontologic* care ghidează întreaga intervenție a asistentului social.

O serie de autori au afirmat de-a lungul timpului că asistența socială este atât *știință*, cât și *artă*. Susțin și eu aceeași idee, menționând că arta în asistență socială este definită de *intervenția umană a specialistului* (”atingerea” umană, human touch), care permanent evaluează și se adaptează, respectând însă legislația în vigoare. Asistenții sociali se ghidează în practică atât de teorie, cât și de proceduri. Aplicarea procedurilor nu se face pasiv, ci prin implicarea activă a asistenților sociali la construirea unui răspuns social la problemele celor asistați. Este vorba

despre adaptarea practicilor de intervenție la contextul cultural (Payne, 2001 și Dustin, 2006 – apud Rădulescu A., 2010, p. 65). Cred în *viitorul științelor sociale* (asistență socială, sociologie, resurse umane, psihologie, pedagogie), deoarece munca acestor specialiști nu va putea fi niciodată înlocuită de un robot, precum există posibilitatea în alte științe.

O perioadă îndelungată de timp dezvoltarea programelor de asistență socială s-a realizat prin luarea unor decizii la nivel administrativ fără implicarea asistenților sociali sau cu o implicare foarte redusă (Rădulescu A., 2007, p. 168). În prezent, asistenții sociali continuă lupta pentru recunoașterea deplină a profesiei și rolului acestui specialist. Din păcate, în România există încă dificultăți de percepere clară a intervenției asistentului social, specialist care este *confundat alte meserii* din COR (Clasificarea Ocupațiilor din România): îngrijitor vârstnici, asistent medical, secretar, supraveghetor etc.. Doar o *informare corectă* și o *promovare constantă* a asistenței sociale va permite acestei meserii să iasă din conul de umbră în care se află.

O cercetare relevantă realizată de Florin Lazăr, László Csaba Dégi și Mihai Bogdan Iovu (2016) permite familiarizarea cu nevoile și provocările cu care se confruntă comunitatea asistenților sociali din România, dar și perspectivele dezvoltării profesiei de asistent social în România, înțelegerea ariilor ce necesită campanii de advocacy pe lângă factorii de decizie și la nivelul opiniei publice pentru îmbunătățirea statutului asistenților sociali.

Cum volumul de muncă al unui asistent social este, de regulă, foarte mare, acestuia îi rămâne puțin timp pentru diseminare informații și promovare, însă este imperios necesar să facem acest lucru. Așa cum oamenii au înțeles încet-încet în ce constă intervenția psihologului și nu mai există așa o reținere în a apela la acest specialist pentru problemele psihice, tot așa populația va înțelege rolul extrem de important al asistentului social în orice comunitate, care este acela de *a sprijini individul sau grupurile în soluționarea problemelor sociale cu care se confruntă*: pierderea locului de muncă, veniturile reduse care nu acoperă nevoile de bază ale individului, pierderea locuinței, imposibilitatea de a avea copii și dorința de a adopta un copil, viețuirea într-un mediu familial advers, abandonul copilului, actele delincvente, integrarea socială precară, consumul de droguri, abuzul cu toate formele sale, prezența unei dizabilități, calamități naturale, accidente (incendii, pandemii etc.), persecuții și discriminări de orice tip etc.. Indiferent de perioada istorică, omenirea s-a confruntat și se va confrunta cu diverse probleme sociale, motiv pentru care *intervenția asistentului social contează*.

”Asistenții sociali îi ajută pe oameni să găsească soluții eficiente și să facă față problemelor din viața lor de zi cu zi, oferă sprijin oamenilor pentru a accesa resursele și a le folosi în cel mai bun mod pentru a reduce vulnerabilitățile și a crea strategii pentru a ajuta la creşterea rezilienței pentru a face față problemelor mai eficient într-o viață imprevizibilă” (Rădulescu A., 2018, https://www.ifsw.org/europe-day-is-about-creating-a-truly-inclusive-and-sustainable-social-europe-for-all/). Poate cea mai sintetică și sugestivă formulare privind rolul asistentului social este: ”Social workers make people grow!” (Rădulescu A., 2011, https://www.ifsw.org/ifsw-europe-newsletter-the-european-social-worker/). Asistenții sociali îi fac pe oameni ”să crească”, să se dezvolte, să-și ajusteze capacitățile adaptative la noile provocări pe care le întâmpină.

Volumul de față abordează problematica persoanelor vârstnice din România, un domeniu în care s-a cercetat și s-a scris poate mai puțin. Orice societate promovează bunăstarea indivizilor săi, inclusiv a vârstnicilor, iar dezvoltarea socială presupune un proces de *schimbare pozitivă planificată* (Zamfir C., 2020, p. 377) și *continuă* (Voicu, 2002, p. 258). Având în vedere evoluțiile și prognozele demografice ale populațiilor europene se apreciază că vom trece de la Baby Boom la Grandparent Boom, iar acest lucru implică o serie de efecte economice și sociale (Rădulescu A., 2019). Multă vreme, în România, s-a acționat doar asupra problemelor urgente, societatea dezvoltându-se mai degrabă ”prin crize”. În ultimii ani s-a conştientizat *nevoia unei construcții conștiente și planificate*: „orientarea întregii lumi, a unei țări, regiuni, comunități sau instituții spre realizarea unei stări dezirabile, pusă ca obiectiv de realizat printr-un proces planificat în timp, printr-un set de acțiuni conjugate” (Zamfir, Stoica şi Stănculescu, 2007, p. 5). De la ”a conştientiza” până la ”a acționa” efectiv este uneori cale lungă, însă totul are un început. Gândirea strategică, pe termen mediu și lung, ne permite să acționăm mai eficient, însă, ca orice schimbare de paradigmă, *depinde de fiecare dintre noi*.

Problemele sociale implică un amplu proces de proiectare pentru a fi soluționate sau cel puțin atenuate. Diagnoza problemelor sociale, identificarea şi ierarhizarea acestora precum şi depistarea soluțiilor posibile constituie etape importante în *proiectarea dezvoltării sociale* (Zamfir, Stoica şi Stănculescu, 2007, p. 8-12, 16-53). Prin urmare, pe parcursul câtorva ani am realizat *diagnoza regională a problemelor cu care confruntă vârstnicii* (județul Bihor) evidențiind principalele *nevoi* ale acestora și *soluțiile* existente. Cercetarea am publicat-o integral în volumul

”Protecția socială a persoanelor vârstnice”, care a apărut în anul 2009 la Editura Universității din Oradea.

Planificarea şi implementarea oricărui program de dezvoltare socială trebuie să înceapă cu o analiză a nevoilor deoarece aceasta poate contribui la: alocarea eficientă a resurselor, indicând calitatea şi tipologia beneficiarilor potenţiali; clarificarea obiectivelor şi evaluarea operaţională a programului respectiv. *Analiza nevoilor* înseamnă atât *identificarea* (adunarea informaţiilor despre cei aflaţi în nevoie: mediul lor de viaţă, problemele cu care se confruntă şi soluţiile existente) cât şi *evaluarea nevoilor* (sintetizarea informaţiilor obţinute, ordonarea opţiunilor posibile/ stabilirea priorităţilor pentru decident) indivizilor dintr-o colectivitate, grup sau instituţie. Astfel, a fost esenţial să obţinem atât părerea vârstnicilor, cât şi punctul de vedere al furnizorilor de servicii, al finanţatorilor şi al specialiştilor/ experţilor din domeniu. Alături de analiza nevoilor este esențială și *evaluarea programelor sociale* dezvoltate. Un real ghid pentru aceasta găsim în volumul Nicoletei Neamțu (2015), ”Managementul serviciilor de asistență socială”.

Nevoile vârstnicilor necesită a fi atent identificate şi evaluate pentru a se putea face *propuneri pertinente vizavi de serviciile sociale care necesită a fi dezvoltate*. În asistență socială este important să urmărim dezvoltarea acelor servicii sociale care răspund cel mai bine nevoilor reale existente și să nu risipim fondurile pe servicii sau prestații inutile. Acest lucru se întâmplă atunci când *nespecialiștii* ocupă poziții de conducere în asistență socială sau se aventurează în elaborarea și implementarea politicilor sociale. Atrag atenția asupra cutumei care părea să se fi instituționalizat în România într-o anumită perioadă, și anume: oricine poate fi asistent social sau să ocupe poziția unui asistent social. Total greșit, iar efectele se văd cu ochiul liber. Susțin necesitatea ca *în întregul sistem de asistență socială*, fie că vorbim de autoritățile naționale sau locale, cele guvernamentale sau nonguvernamentale, *să lucreze doar asistenți sociali*, iar promovarea în *funcții de conducere* să se facă ținând cont de *experiența în domeniu* a persoanei. Cred cu tărie că o astfel de schimbare de atitudine, ar permite sistemului de asistență socială să se dezvolte în mod real.

Complexitatea obiectivelor stabilite în cadrul *studiului de analiză a nevoilor publicat în 2009*, gradul scăzut de utilitate al datelor statistice existente la acea vreme și principiile metodologice care ghidează orice cercetare de evaluare a nevoilor (validitatea datelor şi necesitatea implicării beneficiarilor în procesul de stabilire a problemelor lor) m-au determinat să utilizez mai multe metode de cercetare, calitative și cantitative. În urma focus-grupurilor, a interviurilor individuale şi a aplicării chestionarului am sintetizat şi ierarhizat (în funcţie de

gravitate) principalele arii problematice referitoare la vârstnici și am propus **TIPOLOGIA NEVOILOR VÂRSTNICILOR** (Bodogai, 2009, p. 181-182):

1. ″accesul la îngrijire medicală adecvată;
2. sărăcie / lipsuri materiale;
3. dificultăți de socializare, lipsă de companie;
4. informare şi consiliere defectuoasă;
5. probleme ale sistemului de asistență socială a vârstnicilor;
6. capacitate limitată de autogospodărire / nevoia de sprijin administrativ;
7. dependență de ceilalți (problemele aparținătorilor);
8. nevoi spirituale".

La momentul respectiv (2009) tipologia realizată evidenția ierarhia nevoilor vârstnicilor, însă acum (2020) vizualizez această tipologie oarecum similar piramidei realizate de Maslow în 1954:



Sursa: Bodogai, 2009

Figura 12. *Piramida nevoilor vârstnicilor*

Diferența constă în faptul că fiecare treaptă a piramidei *nu descrie o stare-obiectiv universală*, precum regăsim în paradigma Maslow, ci nevoile reale identificate. Ceea ce apropie cele două modele este *conexiunea dintre diferitele trepte ale piramidei*. Factorii de decizie ar trebui să conștientizeze că primul element de care ar trebui să se ocupe (prioritate) este facilitarea accesului tuturor vârstnicilor la îngrijire medicală adecvată. După satisfacerea acestei nevoi ar trebui să se concentreze pe situația materială a persoanelor în etate. Prin urmare, așa gradual, din treptă în treaptă, pornind de la baza piramidei și îndreptându-ne spre vârful acesteia, este necesar să gândim *politici sociale adecvate fiecărei necesități* identificate. Nevoile nesatisfăcute din piramidă sunt cele care motivează și explică comportamentul vârstnicilor. Piramida nevoilor vârstnicilor nu o văd ca pe una statică, ci dinamică, care se schimbă și se ajustează în funcție de contextul și situația seniorilor dintr-un anumit areal. Văd imperios necesară *evaluarea regulată a nevoilor* grupurilor țintă pentru ajustarea corectă a politicilor sociale.

Odată cu trecerea de vârsta pensionării individul suferă o serie de modificări, *modificări ce variază de la o persoană la alta* și care afectează *calitatea vieții*. Vârstnicii încadrați în grad de handicap tind să-şi perceapă viața în tonuri mai sumbre decât cei fără handicap. Dacă până nu demult vârstnicii din Estul și Centrul Europei apelau la aranjamente de *conviețuire în familii extinse* (3 generații: bunici, copii, nepoți) tocmai pentru a atenua sărăcia, dependența și singurătatea (Ahmed şi Emigh, 2005, p. 9-41), acum constatăm *degradarea* ușoară a acestei modalități de întrajutorare deoarece se promovează individualismul și disoluția familiei. Astfel vârstnicii ajung *tot mai dependenți de sursele non-familiale de sprijin*, care adesea nu reușesc să acopere nevoia existentă. O proporție remarcabilă de persoane vârstnice *are nevoie de servicii sociale* care, ori nu există, ori sunt *insuficiente* din punct de vedere cantitativ sau calitativ.

Atunci când *nevoile vârstnicilor nu sunt satisfăcute la un nivel, adecvat*, la care aceştia s-au obişnuit să le fie satisfăcute *apar problemele sociale*. Formularea unei dificultăți ca problemă socială (conştientizarea problemelor) depinde de îndeplinirea a două condiții: inexistența unor mecanisme satisfăcător de eficace pentru contracararea lor şi *depăşirea unui anumit prag*, nivel *de acceptabilitate* de către procesul perturbator (Zamfir C., 1977, p. 56). Analizând „conştiința sistemului" nu surprindem *nevoile* latente, ci doar pe cele *manifeste*: necesitatea de a beneficia de acces la îngrijire medicală adecvată; nevoia de securitate economică (nevoia de a reuşi să se auto-întrețină în urma muncii depuse în viața activă; nevoia de asistență financiară, locuință); nevoia de roluri sociale care să înlocuiască rolurile din viața activă (pentru recunoaştere socială şi stimă de sine);

nevoia de socializare (locuri de întâlnire special amenajate; organizarea de activități pentru vârstnici; voluntariat); nevoia de consiliere şi informare adecvată (nevoia de a fi ascultați); nevoia de servicii sociale specifice care să acopere cerințele existente (centre rezidențiale, servicii de îngrijire la domiciliu etc.).

Este necesar să conștientizăm *nevoia de sprijinire a familiei care îngrijeşte un vârstnic*, deoarece aceasta se confruntă cu probleme deosebit de grave. Adesea cei care îngrijesc persoane vârstnice sunt ei înşişi vârstnici, iar de problemele lor nu se preocupă nimeni.

Rămâne o *provocare pentru studii viitoare* analiza nevoilor diverselor subcategorii de vârstnici: femei vârstnice; vârstnici care din diverse motive sunt singuri; vârstnici care suferă de boli cronice; vârstnici care se gospodăresc singuri; vârstnici din mediul rural; vârstnici instituționalizați; vârstnici care au peste 75 de ani; bărbați vârstnici rămaşi singuri; vârstnici care locuiesc la bloc; vârstnici care nu au copii; vârstnici fără locuință etc..

BIBLIOGRAFIE

- Abraham, Pavel (2000). ″Legislaţie în asistenţă socială″, volumul I – Reglementări internaţionale, Bucureşti: Ed. Naţional;
- Abrudan, Mirela, Oprea, Ionuț Mihai (2004). ″Protecția socială a persoanelor cu handicap din județul Bihor – între politicile sociale de gen și intervenție″. în Chipea, Floare, Ștefănescu, Florica (coord.). ″Combaterea sărăciei și promovarea incluziunii sociale. Studiu de caz în județul Bihor″. Oradea: Ed. Universității din Oradea;
- Aghergheloaei, Ştefana (2006). ″Pensia publică – percepţie, limitări şi perspective în opţiunile privind cariera″. în Dan, Adrian, Pescaru, Dana. ″Sistemul de asigurări sociale″ (suport de curs). Bucureşti: Ed. Universităţii din Bucureşti, Facultatea de Sociologie şi Asistenţă Socială;
- Ahmed, P., Emigh, R.J. (2005). ″Household composition in post-socialist Eastern Europe″. International Journal of Sociology and Social Policy, v. 25, nr. 3;
- Ardelean, Cristiana, Bodogai, Simona (2007). ″Pensionari şi pensii – date şi evoluţii din judeţul Bihor″. în Coman, Claudiu (coord.). „ACUM – Colocviu internaţional de ştiinţe sociale″. Braşov: Ed. Universităţii Transilvania din Braşov, p. 119-122;
- Arvinte, Mirela, Vladu, Valentin (coord.) (2005). ″Ghid de planificare a serviciilor comunitare pentru Municipiul Piatra Neamţ″. Piatra Neamţ: Ed. Primăria Municipiului Piatra Neamţ;
- Balogh, Mirela (2000). ″Vârstele de regresie″. în Bonchiş, Elena (coord.). ″Dezvoltarea umană – aspecte psiho-sociale″. Oradea: Ed. Imprimeriei de Vest;
- Bălaşa, Ana (2000). ″Diagnoza calităţii vieţii populaţiei vârstnice″. în ″Calitatea vieţii – revistă de politici sociale″, anul XII, nr. 1-4, Bucureşti: Ed. Academiei Române;

- Bălaşa, Ana (2003). ″Protecția socială a persoanelor vârstnice în România″. în ″Calitatea vieții – revistă de politici sociale″, anul XIV, nr. 1, Bucureşti: Ed. Academiei Române;
- Bălaşa, Ana (2004). ″Contribuția sectorului neguvernamental la realizarea unor obiective ale politicilor sociale şi la ameliorarea calității vieții populației″. în ″Calitatea vieții – revistă de politici sociale″, anul XV, nr. 1-2, Bucureşti: Ed. Academiei Române;
- Bălaşa, Ana (2005). ″Îmbătrânirea populației: provocări şi răspunsuri ale Europei″. în ″Calitatea vieții – revistă de politici sociale″, anul XVI, nr. 3-4, Bucureşti: Ed. Academiei Române;
- Bodogai, Simona (2007). ″Aspecte bio-psiho-sociale ale «vârstei a treia»″. în Coman, Claudiu (coord.). „ACUM – Colocviu internațional de ştiințe sociale″. Braşov: Ed. Universității Transilvania din Braşov, p. 249-253;
- Bodogai, Simona (2007). ″Protecția socială a persoanelor vârstnice. Reglementări juridice internaționale″. în Chipea, Floare, Cioară, Ionel, Hatos, Adrian, Marian, Mihai, Sas, Cecilia (coord.). „Cultură, dezvoltare, identitate. Perspective actuale″. Bucureşti: Ed. Expert, p. 451-458;
- Bodogai, Simona (2007). ″Vârstnicii – grup cu risc de excluziune socială în atenția Administrației Sociale Comunitare Oradea″. în ″Analele Universității din Oradea, Fascicula Sociologie-Filosofie-Asistență Socială″, volumul VI, Oradea: Ed. Universității din Oradea, p. 137-156;
- Bodogai, Simona (2008). ″Analiza nevoilor vârstnicilor din județul Bihor şi propuneri pentru servicii sociale specifice″. în Revista de Asistență Socială nr. 3-4/2008, Bucureşti: Ed. Polirom, p. 27-43;
- Bodogai, Simona (2008). ″Dimensiunile fenomenului de îmbătrânire demografică în județul Bihor″. în „Revista de Asistență Socială Gerontologică″, nr. 1, Timişoara: Ed. Universității de Vest, p. 51-66;
- Bodogai, Simona (2009). ″Persoanele vârstnice din județul Bihor. Nevoi şi soluții″. în „Revista de Asistență Socială Gerontologică″(″Journal of Gerontological Social Work″), nr. 2, Timişoara: Ed. Universității de Vest, p. 18-31, http://www.journalgsw.uvt.ro/ ;
- Bodogai, Simona Ioana (2009). ″Protecția socială a persoanelor vârstnice″. Oradea: Ed. Universității din Oradea;
- Bodogai, Simona (2010). ″Educația la vârsta senectuții″. în Dobrescu, Emilian (coord.), „Politici educaționale. Relevanță şi eficiență″, Bucureşti: Ed. Eurolobby, p. 27-43;

- Bodogai, Simona (2010). ”Vârstnicul în contextul transformărilor survenite în familia contemporană”. în Bălțătescu, Sergiu, Chipea, Floare, Cioară, Ionel, Hatos, Adrian, Săveanu, Sorana (coord.). „Educație şi schimbare socială. Perspective sociologice şi comunicaționale”. Oradea: Ed. Universității din Oradea, p. 173-181, https://sites.google.com/site/socioumane2010/conferinta-2009 ;
- Bodogai, Simona (2012). ”Abuzul asupra persoanelor vârstnice. Metode şi tehnici de intervenție”. în Rujoiu, Valentina, Rujoiu, Octavian (coord.). ”Violența în familie – între percepție socială şi asumare individuală”. Bucureşti: Ed. ASE, p. 150-173;
- Bodogai, Simona (2012). ”Prevention and Intervention in Cases of Abuse” (Prevenție şi intervenție în caz de abuz). în Revista de Asistență Socială nr. 4/2012, Bucureşti: Ed. Polirom, p. 97-104, http://www.revistadeasistentasociala.ro/index.pl/http/www.revistadeasistentasociala.ro/index.pl/numarul-4-2012-ro ;
- Bodogai, Simona (2020). “Residential Centers. Accreditation and Licensing” (Centre rezidențiale. Acreditare şi licențiere). în volumul conferinței ”Trends and Decisions in Social Practices, Policies and Services”, Springer International Publishing;
- Bodogai, Simona, Coturbaş, Lioara (2009). ”The Degree of Coverage of the Elderly Needs through Existing Support Networks. Case Study in Bihor County” (Gradul de acoperire a nevoilor vârstnicilor prin rețelele de suport existente. Studiu de caz în județul Bihor). în ”Analele Universității din Oradea, Fascicula Sociologie-Filosofie-Asistență Socială”, volumul VIII, Oradea: Ed. Universității din Oradea, p. 95-101;
- Bodogai, Simona, Marc, Cristiana (2009). ”Excluziunea socială a persoanelor vârstnice”. în Coman, Claudiu (coord.). „Colocviul Internațional de Ştiințe Sociale ACUM 2009”, Braşov: Ed. Universității Transilvania din Braşov, p. 347-356;
- Bodogai, Simona Ioana, Cutler, Stephen J. (2013 online, 2014 print). ”Aging in Romania: Research and Public Policy”. în Revista ”The Gerontologist” Oxford University Press on behalf of The Gerontological Society of America (doi:10.1093/geront/gnt080), http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/early/2013/07/25/geront.gnt080.full.pdf+html?sid=6dbceb9c-b7c1-4d0f-b209-5bdfdef12fa8

http://www.fulbright.ro/images/pdf/news/bodogai_cutler.pdf
http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/early/2013/07/25/geront.gnt080.full.pdf?keytype=ref&ijkey=Fc4NgME5P7N3LGc ;

- Bodogai, Simona Ioana, Olah, Şerban, Roşeanu, Gabriel (2018). "Religiosity and Subjective Well Being of Central and Eastern Europe Elderly Population". în "Journal of Religion and Health", Volume 57, Issue 5, p. 1-12, Springer Science, https://doi.org/10.1007/s10943-018-0659-2 ;
- Bodogai, Simona, Coturbaş, Lioara, Cenan, Rebeka (2019). "Quality in Social Services? Intervention and Standards" (Calitate în servicii sociale? Intervenție şi standarde). în Revista de Asistență Socială nr. 3/2019, Bucureşti: Ed. Polirom, p. 79-88, http://www.swreview.ro/index.pl/numar-3-2019-ro ;
- Bogdan, Constantin (2002). "Asistența socială a persoanelor vârstnice". în Pop, Luana Miruna (coord.). "Dicționar de politici sociale". Bucureşti: Ed. Expert;
- Bogdan, Constantin (2003). "Noi direcții de acțiune în politicile sociale privind îmbătrânirea". în "Revista de Asistență Socială", nr. 3-4, Bucureşti: Ed. Facultății de Sociologie şi Asistență Socială;
- Bogdan, Constantin (2004). "Elemente de bune practici în asistența socială a persoanelor vârstnice". în Toea, Aurora (coord.). "Strategii şi bune practici în asistența socială a persoanelor vârstnice – repere pentru profesionişti şi autorități locale". Bucureşti: Ed. Model M;
- Bogdan, Constantin (2004). "Politici şi servicii specializate pentru persoanele vârstnice", curs nepublicat, Bucureşti;
- Bogdan, Constantin, Curaj, Aurelia (2005). "Boli cronice şi ale bătrâneții (suport de curs)", Facultatea de Sociologie şi Asistență Socială, Bucureşti: Ed. Universității din Bucureşti;
- Bogdan, Constantin, Curaj, Aurelia (2006). "Asistența socială a vârstnicilor (suport de curs)", Facultatea de Sociologie şi Asistență Socială, Bucureşti: Ed. Universității din Bucureşti;
- Bradshaw, Jonathan (1994). "The conceptualization and measurement of need. A social policy perspective". în Popay, Jennie, Williams, Gareth. "Researching the People's Health". Londra şi New York: Ed. Routledge;
- Bucur, Venera Margareta (2007). "Dreptul de a muri". în Prelici, Viorel, Bărbat, Carmen (coord.). "Asistența socială în perspectiva integrării europene: Identitate şi procesualitate". Timişoara: Ed. Universității de Vest;

- Bucur, Venera, Maciovan, Adina (2003). ”Probleme ale vârstei a treia”. în Neamțu, George (coord.). ”Tratat de asistență socială”. Iaşi: Ed. Polirom;
- Carr-Hill, Roy, Dalley, Gillian (1999). ”Estimating Demand Pressures Arising From Need for Social Services for Older People”. Londra: Ed. The University of York;
- Chelcea, Septimiu (2004). ”Inițiere în cercetarea sociologică”. Bucureşti: Ed. Comunicare.ro;
- Chipea, Floare, Hatos, Adrian şi Bălțătescu, Sergiu (2004). ”Sărăcie şi inegalitate în Oradea. Studiu de diagnoză”. în Chipea, Floare, Ştefănescu, Florica (coord.). ”Combaterea sărăciei şi promovarea incluziunii sociale: studiu de caz în județul Bihor”. Oradea: Ed. Universității din Oradea;
- Chipea Floare, Hatos Adrian, Bodogai, Simona (2008). ”Bătrânețe liniştită? Analiza nevoilor vârstnicilor din mediul rural din județul Bihor”. în „Revista de Asistență Socială Gerontologică”, nr. 1, Timişoara: Ed. Universității de Vest, p. 77-91;
- Cordingley, Lis, Hughes, Jane, Challis, Davis (2001). ”Unmet need and older people. Towards a synthesis of user and provider views”. York, Anglia: Ed. York Publishing Services;
- Dan, Adrian (2002). ”Problemă socială”. în Pop, Luana Miruna (coord.). ”Dicționar de politici sociale”. Bucureşti: Ed. Expert;
- Daragiu, Leontina, Hatos, Adrian şi Pop, Ioana (2004). ”Vârstnicii dependenți şi semi-dependenți din Oradea. Analiza nevoilor şi a mediului de servicii”. în Chipea, Floare, Ştefănescu, Florica (coord.), ”Combaterea sărăciei şi promovarea incluziunii sociale: studiu de caz în județul Bihor”. Oradea: Ed. Universității din Oradea;
- Dindelegan, Camelia, Secui, Monica (2004). ”Vârsta a treia”. în Bonchiş, Elena, Secui, Monica (coord.). ”Psihologia vârstelor”. Oradea: Ed. Universității din Oradea;
- Dragomir, Valentina (2002). ”Precizări conceptuale privind sărăcia, marginalizarea, excluziunea şi incluziunea socială”. în ”Revista de Asistență Socială”, nr. 6, Bucureşti: Ed. Facultății de Sociologie şi Asistență Socială;
- Enache, Irina (2019). ”Protecția socială a persoanelor vârstnice și drepturile acestora”. Consiliul Național al Persoanelor Vârstnice, București, http://cnpv.ro/wp-content/uploads/2020/03/Protectia_sociala_a_persoanelor_varstnice_si_drepturile_acestora.pdf ;

- Farcaş, Mariana (1995). ″Pentru o politică socială a distribuirii serviciilor sociale către persoanele de vârsta a III-a″. în Miftode, Vasile (coord.). ″Dimensiuni ale asistenței sociale″. Botoşani: Ed. Eidos;
- Gal, Denizia (2003). ″Asistența socială a persoanelor vârstnice – aspecte metodologice″, Cluj-Napoca: Ed. Todesco;
- Giddens, Anthony (2001). ″Sociologie″. Bucureşti: Ed. Bic All;
- Gîrleanu, Daniela (2002). ″Vulnerabilitatea vârstei a treia. Aspecte teoretico-practice″. în Miftode, Vasile (coord.). ″Populații vulnerabile şi fenomene de automarginalizare. Strategii de intervenție şi efecte perverse″. Iași: Ed. Lumen;
- Gîrleanu-Şoitu, Daniela (2004). ″Fenomenul îmbătrânirii în perspectivă teoretică″. în Miftode, Vasile (coord.). ″Sociologia populațiilor vulnerabile – teorie şi metodă″. Iaşi: Ed. Universității „Alexandru Ioan Cuza″;
- Gîrleanu-Şoitu, Daniela (2005). ″Direcții ale schimbării în protecția vârstnicilor″. în Iluț, Petru, Nistor, Laura, Rotariu, Traian (coord.). ″România socială. Drumul schimbării şi al integrării europene″, volumul III, Cluj-Napoca: Ed. Eikon;
- Gîrleanu-Şoitu, Daniela (2006). ″Vîrsta a treia″. Iaşi: Ed. Institutul European;
- Harbert, Anita S., Ginsberg, Leon H. (1990). ″Human Services for Older Adults: Concepts and Skills (second edition, revised)″, Columbia, USA: Ed. University of South Carolina Press;
- Hatos, Adrian (2007). ″Analiza nevoilor″. în Zamfir, Cătălin, Stănescu, Simona (coord.). ″Enciclopedia dezvoltării sociale″. Iaşi: Ed. Polirom;
- Havighurst, Robert (1980). ″Social and Psychological Needs of the Aging″. în Tibbitts, Clark. ″Social Contribution by the Aging″. NewYork: Ed. Arno Press;
- Iluț, Petru (1996). ″Familia şi gospodăria″. în Rotariu, Traian, Iluț, Petru (coord.), ″Sociologie″. Cluj-Napoca: Ed. Mesagerul;
- Jitcov, Dana (2006). ″Protecția socială şi juridică a vârstnicilor. Stereotip, prejudecată şi discriminare cu referire la persoanele vârstnice din Dobrogea. Drepturile vârstnicilor în societatea contemporană″. în ″ARS AEQUI. Revistă de studii şi cercetări sociale şi juridice″, volumul III, nr. 3, toamna 2005, Bucureşti: Ed. Bren;
- Kavanaugh, Robert E. (1974). ″Facing Death″. Baltimore: Ed. Penguin Books;

- Lazăr, Florin, Dégi, László Csaba, Iovu, Mihai Bogdan (2016). ”Renașterea unei profesii sau despre cum este să fii asistent social în România?”. Bucureşti: Ed. Tritonic, https://www.researchgate.net/publication/313367040_Renasterea_unei_profesii_sau_despre_cum_este_sa_fii_asistent_social_in_Romania_Rebirth_of_a_profession_or_what_is_like_to_be_a_social_worker_in_Romania , accesat la 5.02.2020;
- Manea, Livius (1995). ”Politica socială față de persoanele cu dizabilități”. în Zamfir, Elena, Zamfir, Cătălin (coord.). ”Politici sociale. România în context european”, Bucureşti: Ed. Alternative;
- Manu, Carmen, Poede, George (2003). ”Îngrijirea socială a bătrânilor ca politică publică”. în ”Revista de Asistență Socială”, nr. 1, Bucureşti: Ed. Facultății de Sociologie şi Asistență Socială;
- Mărginean, Ioan (1995). ”Asigurările sociale”. în Zamfir, Elena, Zamfir, Cătălin (coord.). ”Politici sociale. România în context european”. Bucureşti: Ed. Alternative;
- McKillip, Jack (1998). ”Needs Analysis: Process and Techniques”. în Bickman, Leonard, Rog, Debra J.. ”Handbook of Applied Social Research Methods”. Thousand Oaks, California, USA: Ed. Sage http://books.google.ro/books?id=2A8w6KHJGIIC&pg=PT284&lpg=PT284&dq=McKillip,+J.+(1998)+Need+analysis+Bickman+Process+and+techniques&source=web&ots=Q5MyFGvK9Y&sig=hzQ7IurFjuCat0FAMvLYtZgzntk&hl=ro#PPT284,M1 , accesat la 8.01.2020;
- Meyer, Carol H. (1986). ”Social Work with the Aging”, second edition, USA: Ed. National Association of Social Workers;
- Miftode, Vasile (2004). ”Protecția minorităților şi deviања socială”. în Miftode, Vasile (coord.). ”Sociologia populațiilor vulnerabile – teorie şi metodă”. Iaşi: Ed. Universității „Alexandru Ioan Cuza”;
- Mihuț, Liliana, Lauritzen, Bruno (1999). ”Modele de politici sociale”. Bucureşti: Ed. Didactică şi Pedagogică;
- Neamțu, Nicoleta (coord.), Fabian, Andreea (2001). ”Metode şi tehnici de asistență socială a familiei. Ghid practic”. Cluj-Napoca: Ed. Word System;
- Neamțu, Nicoleta, Capota, Nadia (2012). ”Strategii eficace de evaluare şi intervenție socială, focalizate asupra familiei multiproblematice. Studiu de caz”. în Neamțu, Nicoleta (coord.). ”Procese de asistență socială centrate pe individ, familie şi grup. Studii de caz”. Cluj-Napoca: Ed. Accent;

- Neamțu, Nicoleta (2015). ”Managementul serviciilor de asistență socială”, ediția a III-a revizuită și adăugită, Cluj-Napoca, Ed. Accent;
- Nicolae, Gheorghe (1993). ”Stereotip”. în Zamfir, Cătălin, Vlăsceanu, Lazăr (coord.). ”Dicționar de sociologie”. Bucureşti: Ed. Babel;
- Novak, Andrei (1993). ”Indicatori ai stării de sănătate”. în Zamfir, Cătălin, Vlăsceanu, Lazăr (coord.). ”Dicționar de sociologie”. Bucureşti: Ed. Babel;
- Oros, Gheorghe, Vlăduț, Vasile (2001). ”Psihiatrie”. Oradea: Ed. Convex;
- Paşcanu, Viorel Olivian (2003). ”Bolile vârstei a treia şi tratamentul naturist integral”. Filipeştii de Târg: Ed. Antet;
- Pop, Lucian, Teşliuc, Cornelia Mihaela, Teşliuc, Emil Daniel (2001). ”Sărăcia şi sistemul de protecție socială”. Iaşi: Ed. Polirom, http://adatbank.transindex.ro/html/ci m_pdf386.pdf, accesat la 1.02.2020;
- Popa, Adela (2000). ”Percepția socială asupra vârstnicilor între obiectivitate şi distorsiune. Studiu exploratoriu”. în revista ”Calitatea vieții – revistă de politici sociale”, anul XI, nr. 1-4, Bucureşti: Ed. Academiei Române;
- Popescu, Cristina, Toea, Aurora, Turcu, Mirela (2004). ”Elemente de demografie”. în Toea, Aurora (coord.). ”Strategii şi bune practici în asistența socială a persoanelor vârstnice – repere pentru profesionişti şi autorități locale”. Bucureşti: Ed. Model M;
- Popescu, Cristina, Toea, Aurora, Turcu, Mirela (2004). ”Repere privind protecția persoanelor vârstnice în România”. în Toea, Aurora (coord.). ”Strategii şi bune practici în asistența socială a persoanelor vârstnice – repere pentru profesionişti şi autorități locale”. Bucureşti: Ed. Model M;
- Preda, Marian (2002). ”Asigurări sociale”. în Pop, Luana Miruna (coord.). ”Dicționar de politici sociale”. Bucureşti: Ed. Expert;
- Preda, Marian (2002). ”Excluziune socială”. în Pop, Luana Miruna (coord.), ”Dicționar de politici sociale”. Bucureşti: Ed. Expert;
- Preda, Marian, Doboş, Cristina, Grigoraş, Vlad (2004). ”Sistemul de asigurări de pensii în România în perioada de tranziție: probleme majore şi soluții (studiul nr. 9), Studii de impact (PAIS II)”. Bucureşti: Ed. Institutul European din România, http://www.iccv.ro/romana/articole/pensii2004.pdf, accesat la 3.04.2020;
- Preda, Simona (2002). ”Excluziunea şi incluziunea socială, concepte-cheie ale politicilor sociale”. în ”Revista de Asistență Socială”, nr. 6, Bucureşti: Ed. Facultății de Sociologie şi Asistență Socială;
- Puwak, Hildegard (1995). ”Încetinirea ireversibilității. Eseu-cercetare despre vârsta a III-a”. Bucureşti: Ed. Expert;

- Radu, Ioan, Iluț, Petru, Matei, Liviu (1994). ”Psihologie socială”. Cluj-Napoca: Ed. EXE S.R.L.;
- Rădulescu, Ana (2007). ”Dezvoltarea profesiei și a rolului asistentului social în România”. în Muntean, Ana, Sagebiel, Juliane (coord.). ”Practici în asistența socială. România și Germania”. Iași: Ed. Polirom;
- Rădulescu, Ana (2010). ”Asistența socială: un răspuns la problematica grupurilor de risc”. în Buzducea, Doru (coord.). ”Asistența socială a grupurilor de risc”. Iași: Ed. Polirom;
- Rădulescu, Ana (2011). ”Social workers make people grow!”. în ”The European Social Worker”, volume 8:2, IFSW, https://www.ifsw.org/ifsw-europe-newsletter-the-european-social-worker/ , accesat la 6.01.2020;
- Rădulescu, Ana (2018). ”Europe day is about creating a truly inclusive and sustainable social Europe for all”. https://www.ifsw.org/europe-day-is-about-creating-a-truly-inclusive-and-sustainable-social-europe-for-all/ , accesat la 5.01.2020;
- Rădulescu, Ana (2019). ”Seeing into the future of long-term care: what will tomorrow's older adults need and demand?”. https://www.ifsw.org/seeing-into-the-future-of-long-term-care-what-will-tomorrows-older-adults-need-and-demand/ , accesat la 13.03.2020;
- Rădulescu, Sorin M. (1994). ”Sociologia vârstelor (Societatea şi ciclul uman de viață)”. Bucureşti: Ed. Hyperion;
- Rădulescu, Sorin M. (2002). ”Sociologia sănătății şi a bolii”. Bucureşti: Ed. Nemira;
- Reviere, Rebecca, Berkowitz, Susan, Carter, Carolyn C., Ferguson, Carolyn Graves (1996). ”Needs Assessment: A Creative and Practical Guide for Social Scientists”. Washington: Ed. Taylor and Francis, http://books.google.ro/books?id=60a0J6CI9d4C&pg=PA203&lpg=PA203&dq=Reviere+Berkowitz+book&source=web&ots=JaOzznDJ0Y&sig=f4tr8ay0Hd8cb4JU0Fhd9wNoAOU&hl=ro#PPA5,M1 , accesat la 7.03.2020;
- Rotariu, Traian (2006). ”Îmbătrânirea demografică şi unele efecte sociale ale ei”. în ”Sociologie Românească”, volumul IV, nr. 4, Bucureşti: Asociația Română de Sociologie;
- Rotariu, Traian, Iluț, Petru (1999). ”Ancheta sociologică şi sondajul de opinie. Teorie şi practică”. Iaşi: Ed. Polirom;
- Roth, Maria, Dobre Susana (2005). ”Apariția serviciilor de îngrijire a vârstnicilor în România”. Studia Universitatis Babeş-Bolyai, seria Sociologie, nr. 2, Cluj-Napoca;

- Secui, Monica (2004). ”Evoluția psihosocială la vârsta a treia”. în Bonchiş, Elena, Secui, Monica (coord.). ”Psihologia vârstelor”. Oradea: Ed. Universității din Oradea;
- Simion, Maria (2004). ”Profilul demografic al României”. în revista ”Calitatea vieții – revistă de politici sociale”, anul XV, nr. 1-2, Bucureşti: Ed. Academiei Române, www.iccv.ro/romana/revista/rcalvit/pdf/cv2004.1-2.a0 3.pdf , accesat la 2.04.2020;
- Stanciu, Carmen (2005). ”Lupta împotriva sărăciei, o provocare înaintea intrării României în Europa”. în Iluț, Petru, Nistor, Laura, Rotariu, Traian (coord.). ”România socială. Drumul schimbării şi al integrării europene (Conferința Anuală a Asociației Române de Sociologie şi a Asociației Române de Promovare a Asistenței Sociale – Cluj-Napoca, 7-8 mai 2004)”, volumul III, Cluj-Napoca: Ed. Eikon;
- Stanciu, Carmen (2008). ”Noțiuni introductive în asistența socială gerontologică”. Timişoara: Ed. Solness;
- Stanciu, Mariana (2020). ”Politici sociale adresate fenomenului îmbătrânirii populației”. în Zamfir, Elena, Voicu, Mălina, Stănescu, Simona Maria (coord.). ”Politici sociale în România după 30 de ani. Așteptări și răspunsuri”. București: Ed. Academiei Române;
- Şchiopu, Ursula, Verza, Emil (1981). ”Psihologia vârstelor (ciclurile vieții)”. Bucureşti: Ed. Didactică şi Pedagogică;
- Teşliuc, Emil, Grigoraş, Vlad, Stănculescu, Manuela (coord.). (2015). ”Studiu de fundamentare pentru Strategia națională privind incluziunea socială și reducerea sărăciei 2015-2020”. București: Banca Mondială, http://documents1.worldbank.org/curated/en/465051467995789896/pdf/103191-WP-P147269-Box394856B-PUBLIC-Background-Study-ROMANIAN.pdf , accesat la 12.01.2020;
- Voicu, Bogdan (2002). ”Dezvoltare socială”. în Pop, Luana Miruna (coord.). ”Dicționar de politici sociale”. Bucureşti: Ed. Expert;
- Voinea, Maria (2003). ”Impactul îmbătrânirii demografice asupra sistemelor şi cheltuielilor de sănătate în țările Uniunii Europene”. în Zamfir, Elena. ”Politici sociale, asistență socială, sociologie. Volum omagial Elena Zamfir”. Piteşti: Ed. Universității din Piteşti;
- Wise, David A. (2004). ”Perspectives on the Economics of Aging (A National Bureau of Economic Research Conference report)”. Chicago, USA: The University of Chicago Press;

- Yin, Robert K. (2005). ”Studiul de caz. Designul, analiza şi colectarea datelor”. Iaşi: Ed. Polirom;
- Zaha, Simona (2004). ”Asistența socială a persoanelor vârstnice” (curs nepublicat, anul universitar 2003-2004, Universitatea din Oradea). Oradea;
- Zamfir, Cătălin (1977). ”Strategii ale dezvoltării sociale (Studiu sociologic)”, vol. X, Bucureşti: Ed. Politică;
- Zamfir, Cătălin (2006). ”Dezvoltarea socială: câteva elemente teoretice”. în Zamfir, Cătălin, Stoica, Laura (coord.). ”O nouă provocare: dezvoltarea socială”. Iaşi: Ed. Polirom;
- Zamfir, Cătălin (2020). ”Ce model de societate va avea România?”. în Zamfir, Elena, Voicu, Mălina, Stănescu, Simona Maria (coord.). ”Politici sociale în România după 30 de ani. Așteptări și răspunsuri”. București: Ed. Academiei Române;
- Zamfir, Cătălin, Zamfir, Elena (coord.) (1995). ”Politici sociale. România în context european”. Bucureşti: Ed. Alternative;
- Zamfir, Cătălin, Postill, Kyoko, Stan, Ruxandra (2001). ”Situația sărăciei în România: dimensiuni, surse, grupuri de risc”. în ”România socială – revistă de cultură şi anală socială”, nr. 2, București, http://adatbank.transindex.ro/html/cim_pdf385.pdf , accesat la 1.02.2020;
- Zamfir, Cătălin, Stoica, Laura Gabriela, Stănculescu, Manuela Sofia (coord.) (2007). ”Proiectarea dezvoltării sociale. Ghid metodologic”. Bucureşti: Ed. Marketing Highest Option;
- Zamfir, Elena (1995). ”Statul bunăstării”, ”Mecanismele producerii bunăstării în economia de piață”, ”Modele ale statului bunăstării”, ”Sărăcia: teorii şi factori”, ”Serviciile de asistență socială”. în Zamfir, Elena, Zamfir, Cătălin (coord.), ”Politici sociale. România în context european”. Bucureşti: Ed. Alternative;
- Zamfir, Elena (1997). ”Psihologie socială. Texte alese”. Iaşi: Ed. Ankarom;
- Zamfir, Elena (1998). ”Protecție socială”. în Zamfir, Cătălin, Vlăsceanu, Lazăr (coord.). ”Dicționar de sociologie”. Bucureşti: Ed. Babel;
- Zamfir, Elena (2003). ”Psihologie socială aplicată (suport de curs)”. Facultatea de Sociologie şi Asistență Socială, Bucureşti: Ed. Universității din Bucureşti;
- Zlate, Mielu (1995). ”Caracteristicile dezvoltării psihice”. în Golu, Pantelimon, Zlate, Mielu şi Verza, Emil, ”Psihologia copilului. Învățare-dezvoltare”, Bucureşti: Ed. Didactică şi Pedagogică;

- Administrația Socială Comunitară Oradea (ASCO) (2007); Direcția de Asistență Socială Oradea (DASO) (2020);
- Autoritatea de Supraveghere Financiară (2020). https://asfromania.ro/supraveghere/registre-electronice/pensii-private-pilonul-ii/p2-fonduri; https://asfromania.ro/consumatori/intrebari-frecvente/pensii-private; https://asfromania.ro/consumatori/pensii-private/despre-pensiile-private, accesate la 15.05.2020;
- Banca Comercială Română (2020). https://pensiibcr.ro/ro/angajat/pensia-obligatorie, accesat la 15.05.2020;
- Banca Mondială (1994). ”Preîntâmpinarea crizei vârstei a treia, un raport al Băncii Mondiale de Cercetare Politică” (Averting the Old Age Crisis a World Bank Policy Reasearch Raport). Oxford University Press;
- Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Bihor (CJAS Bihor) (2020), http://www.cnas.ro/casbh/category/ingrijiri-la-domiciliu.html, http://www.cnas.ro/casbh/page/lista-furnizori-in-contract-4.html, http://www.cnas.ro/casbh/page/deconturi-lunare-3.html, accesate la 10.09.2020;
- Casa Județeană de Pensii Bihor (2020). http://www.cjpensiibihor.ro/modele/comunic/rap_activ_2018.pdf, accesat la 4.05.2020;
- Casa Națională de Pensii Publice (CNPP) (2020). https://www.cnpp.ro/web/guest/legi, https://www.cnpp.ro/varsta-pensionare; https://www.cnpp.ro/pensia-pentru-limita-de-varsta; https://www.cnpp.ro/evolutia-valorii-punctului-de-pensie, accesate la 7.09.2020;
- Comisia Anti-Sărăcie şi Promovare a Incluziunii Sociale (CASPIS) (2002). ”Planul Național Anti-Sărăcie şi Promovare a Incluziunii Sociale (iulie 2002)”. în ”Revista de Asistență Socială”, nr. 3, Bucureşti: Ed. Facultății de Sociologie şi Asistență Socială;
- Comisia Națională pentru Populație şi Dezvoltare (2006). ”Cartea verde a populației în România”, ftp://ftp.unfpa.ro/unfpa/Cartea_Verde_Ro.pdf , accesat la 3.01.2020;
- Dicționarul Explicativ al Limbii Române (2020). https://dexonline.ro/definitie , accesat la 7.05.2020;
- Direcția de Muncă şi Protecție Socială Bihor (2008);
- Direcția Generală de Asistență Socială şi Protecția Copilului Bihor (2007, 2008, 2020);

- Direcția Generală de Asistență Socială şi Protecția Copilului Bihor (2008). ”Raport de activitate al Direcției Generale de Asistență Socială şi Protecția Copilului Bihor 2007”. Oradea;
- Direcția Județeană de Statistică Bihor (2006). ”Anuarul Statistic al județului Bihor”;
- Direcția Județeană de Statistică Bihor (2007);
- Eurostat (2020). https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/ilc_pnp2/default/map?lang=en , accesat la 3.02.2020;
- Fondul de Pensii Administrat Privat NN (2020). https://www.nn.ro/pensii-private/pensii-obligatorii, accesat la 15.05.2020;
- Ministerul Muncii şi Protecției Sociale (2020). http://www.mmuncii.ro/j33/images/Date_lunare/Sal_min_2020.pdf , accesat la 16.07.2020;
- Second World Ansamble on Ageing (2002). ”International Plan of Action on Ageing”. Madrid, https://www.un.org/en/events/pastevents/pdfs/Madrid_plan.pdf , accesat la 8.01.2020;
- http://www.cdep.ro/pls/legis/legis_pck.frame , accesat la 7.10.2020;
- http://www.pensii-ue.ro/Pt.angajati%201.htm, accesat la 15.02.2020;
- http://www.studiipaliative.ro/wp-content/uploads/2013/09/ECOG.pdf, accesat la 5.04.2020;
- https://a1.ro/news/social/ai-lucrat-cel-putin-un-an-in-strainatate-poti-primi-o-pensie-uriasa-id731453.html, accesat la 10.12.2019;
- https://bh.prefectura.mai.gov.ro/wp-content/uploads/sites/21/2020/01/OP-18.pdf , accesat la 3.03.2020;
- https://bh.prefectura.mai.gov.ro/wp-content/uploads/sites/21/2020/01/ROF.pdf , accesat la 3.03.2020;
- https://europa.eu/youreurope/citizens/work/retire-abroad/state-pensions-abroad/index_ro.htm#shortcut-4 , accesat la 5.01.2020;
- https://www.cpe.ro/wp-content/uploads/2016/03/Egalitatea-de-gen-si-reforma-pensiilor.pdf, accesat la 8.11.2019;
- *** ”Planul Național de Dezvoltare 2007-2013” (2005). http://www.mmssf.ro/website/ro/autoritate/230206PND1.pdf sau http://www.mmssf.ro/website/ro/rapoarte_studii.jsp , accesat la 22.03.2020;

- *** ″Hotărârea de Guvern nr. 886 din 5 octombrie 2000 pentru aprobarea Grilei naționale de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice″, Monitorul Oficial nr. 507 din 16 octombrie 2000;
- *** ″Hotărârea de Guvern nr. 773 din 18 iulie 2002 pentru organizarea şi funcționarea Comisiei interministeriale privind asistența socială″, Monitorul Oficial nr. 554 din 29 iulie 2002, cu modificările ulterioare;
- *** ″Hotărârea de Guvern nr. 499 din 7 aprilie 2004 privind înființarea, organizarea şi funcționarea comitetelor consultative de dialog civic pentru problemele persoanelor vârstnice, în cadrul prefecturilor″, Monitorul Oficial nr. 338 din 19 aprilie 2004;
- *** ″Hotărârea de Guvern nr. 566 din 15 iulie 2015 privind aprobarea Strategiei naționale pentru promovarea îmbătrânirii active si protecția persoanelor vârstnice pentru perioada 2015-2020 şi a Planului strategic de acțiuni pentru perioada 2015-2020″, Monitorul Oficial nr. 619 din 14 august 2015, cu modificările și completările ulterioare, http://www.mmuncii.ro/j33/index.php/ro/2014-domenii/familie/politici-familiale-incluziune-si-asistenta-sociala/3995 , accesat la 10.03.2020;
- *** ″Hotărârea de Guvern nr. 797 din 8 noiembrie 2017 pentru aprobarea regulamentelor-cadru de organizare și funcționare ale serviciilor publice de asistență socială și a structurii orientative de personal″, Monitorul Oficial nr. 920 din 23 noiembrie 2017, cu modificările ulterioare;
- *** ″Hotărârea de Guvern nr. 140 din 21 martie 2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018-2019″, Monitorul Oficial nr. 270 din 27 martie 2018, cu modificările şi completările ulterioare;
- *** ″Legea nr. 16 din 6 martie 2000 privind înființarea, organizarea şi funcționarea Consiliului Național al Persoanelor Vârstnice″, publicată în Monitorul Oficial nr. 104 din 9 martie 2000 și republicată în 2007, 2009, 2014, Monitorul Oficial nr. 866 din 23 septembrie 2020;
- *** ″Legea nr. 17 din 6 martie 2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice″, publicată în Monitorul Oficial nr. 104 din 9 martie 2000 şi republicată în Monitorul Oficial nr. 157 din 6 martie 2007, cu modificările și completările ulterioare;

- *** ”Legea nr. 76 din 16 ianuarie 2002 privind sistemul asigurărilor pentru șomaj și stimularea ocupării forței de muncă”, Monitorul Oficial nr. 103 din 6 februarie 2002, cu modificările ulterioare, https://mmuncii.ro/j33/images/Documente/Legislatie/2019/Lege_76_2002_aprilie_2019.pdf , accesat la 13.05.2020;
- *** ”Legea nr. 411 din 18 octombrie 2004 privind fondurile de pensii administrate privat”, publicată în Monitorul Oficial nr. 1033 din 9 noiembrie 2004 și republicată în Monitorul Oficial nr. 482 din 18 iulie 2007, cu modificările și completările ulterioare;
- *** ”Legea nr. 95 din 14 aprilie 2006 privind reforma în domeniul sănătății”, publicată în Monitorul Oficial nr. 372 din 28 aprilie 2006 și republicată în Monitorul Oficial nr. 652 din 28 august 2015, cu modificările ulterioare, https://www.anm.ro/_/LEGI%20ORDONANTE/LEGE%20Nr.%2095%20din%202006%20republicata,%20versiunea%20actualizata%20pana%20la%206%20aprilie%202017.pdf , accesat la 25.04.2019;
- *** ”Legea nr. 204 din 22 mai 2006 privind pensiile facultative”, Monitorul Oficial nr. 470 din 31 mai 2006, cu modificările și completările ulterioare;
- *** ”Legea nr. 448 din 6 decembrie 2006 privind protecția şi promovarea drepturilor persoanelor cu handicap”, publicată în Monitorul Oficial nr. 1006 din 18 decembrie 2006 și republicată în Monitorul Oficial nr. 1 din 3 ianuarie 2008, cu modificările și completările ulterioare;
- *** ”Legea nr. 263 din 16 decembrie 2010 privind sistemul unitar de pensii publice”, Monitorul Oficial, Partea I, nr. 852 din 20.12.2010, cu modificările și completările ulterioare, https://www.cnpp.ro/web/guest/legi , http://www.mmuncii.ro/pub/imagemanager/images/file/Legislatie/LEGI/L263-2010.pdf , accesat la 15.04.2020;
- *** ”Legea nr. 292 din 20 decembrie 2011 a asistenței sociale”, Monitorul Oficial nr. 905 din 20 decembrie 2011, cu modificările ulterioare, http://www.mmuncii.ro/pub/imagemanager/images/file/Legislatie/LEGI/L292-2011.pdf, accesat la 8.07.2020;
- *** ”Legea nr. 227 din 8 septembrie 2015 privind Codul fiscal”, Monitorul Oficial nr. 688 din 10 septembrie 2015, cu modificările ulterioare, https://static.anaf.ro/static/10/Anaf/legislatie/Cod_fiscal_norme_2018.htm , accesat la 10.02.2020;
- *** ”Legea nr. 127 din 8 iulie 2019 privind sistemul public de pensii”, Monitorul Oficial nr. 563 din 9 iulie 2019, data intrării în vigoare 01.09.2021, https://www.cnpp.ro/web/guest/legi , accesat la 15.04.2020;

- *** ″Legea nr. 5 din 6 ianuarie 2020 a bugetului de stat pe anul 2020″, Monitorul Oficial nr. 2 din 6 ianuarie 2020, cu modificările ulterioare; https://static.anaf.ro/static/10/Anaf/legislatie/L_5_2020.pdf , accesat la 15.03.2020;
- *** ″Legea nr. 6 din 6 ianuarie 2020 a bugetului asigurărilor sociale de stat pe anul 2020″, Monitorul Oficial nr. 3 din 6 ianuarie 2020, cu modificările ulterioare; https://static.anaf.ro/static/10/Anaf/legislatie/L_6_2020.pdf , accesat la 15.03.2020;
- *** ″Ordinul nr. 318 din 7 aprilie 2003 al ministrului sănătății şi familiei pentru aprobarea Normelor privind organizarea şi funcționarea îngrijirilor la domiciliu, precum şi autorizarea persoanelor juridice şi fizice care acordă aceste servicii″, Monitorul Oficial nr. 255 din 12 aprilie 2003;
- *** ″Ordonanța Guvernului nr. 68 din 28 august 2003 privind serviciile sociale″, Monitorul Oficial nr. 619 din 30 august 2003, cu modificările ulterioare;
- *** ″Ordinul nr. 762 din 31 august 2007 al Ministerului Muncii, Familiei şi Egalității de Şanse şi Ordinul nr. 1992 din 19 noiembrie 2007 al Ministerului Sănătății Publice pentru aprobarea criteriilor medico-psihosociale pe baza cărora se stabileşte încadrarea în grad de handicap″, Monitorul Oficial nr. 885 din 27 decembrie 2007, cu modificările și completările ulterioare;
- *** ″Ordinul nr. 397/ 836 din 2018 al ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a Hotărârii Guvernului nr. 140/ 2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a Contractului- cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018-2019″, publicat în Monitorul Oficial nr. 273 din 28 martie 2018 și rectificat în Monitorul Oficial nr. 332 din 16 aprilie 2018, cu modificările și completările ulterioare, http://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocumentAfis/229377 , accesat la 30.05.2020;
- *** ″Ordonanța de Urgență a Guvernului nr. 135 din 14 august 2020 cu privire la rectificarea bugetului de stat pe anul 2020, modificarea unor acte normative și stabilirea unor măsuri bugetare″, Monitorul Oficial nr. 751 din 18 august 2020, http://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/229203 .

Anexa 1. ACTE LEGISLATIVE CARE REGLEMENTEAZĂ SITUAȚIA PERSOANELOR VÂRSTNICE DIN ROMÂNIA

Servicii sociale

- ″Ordonanța Guvernului nr. 68 din 28 august 2003 privind serviciile sociale″, Monitorul Oficial nr. 619 din 30 august 2003, cu modificările ulterioare;
- ″Hotărârea de Guvern nr. 867 din 14 octombrie 2015 pentru aprobarea Nomenclatorului serviciilor sociale, precum și a regulamentelor-cadru de organizare și funcționare a serviciilor sociale″, Monitorul Oficial nr. 834 din 9 noiembrie 2015, cu modificările ulterioare;

Acreditare

- ″Legea nr. 197 din 1 noiembrie 2012 privind asigurarea calității în domeniul serviciilor sociale″, Monitorul Oficial nr. 754 din 9 noiembrie 2012, cu modificările ulterioare;
- ″Hotărârea de Guvern nr. 118 din 19 februarie 2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a prevederilor Legii nr. 197/2012 privind asigurarea calității în domeniul serviciilor sociale″, Monitorul Oficial nr. 172 din 11 martie 2014, cu modificările ulterioare;
- ″Ordinul nr. 424 din 19 martie 2014 al ministrului muncii, familiei, protecției sociale și persoanelor vârstnice privind aprobarea criteriilor specifice care stau la baza acreditării furnizorilor de servicii sociale″, Monitorul Oficial nr. 217 din 26 martie 2014;
- ″Ordinul nr. 2196 din 23 noiembrie 2016 al ministrului muncii, familiei, protecției sociale și persoanelor vârstnice pentru aprobarea Instrucțiunilor privind circuitul documentelor între compartimentele de acreditare a furnizorilor de servicii sociale și a serviciilor sociale din cadrul Ministerului Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice și instituțiile aflate în subordinea sa″, Monitorul Oficial nr. 1020 din 19 decembrie 2016;

Standarde minime de calitate

- ″Ordin nr. 29 din 3 ianuarie 2019 al ministrului muncii și justiției sociale pentru aprobarea Standardelor minime de calitate pentru acreditarea serviciilor sociale destinate persoanelor vârstnice, persoanelor fără adăpost, tinerilor care au părăsit sistemul de protecție a copilului şi altor categorii de persoane adulte aflate în dificultate, precum şi a serviciilor acordate în comunitate, serviciilor acordate în sistem integrat şi cantinele sociale″ (anexele 1-9), Monitorul Oficial nr. 121 din 15 februarie 2019;

Standarde minime de cost

- ″Hotărârea de Guvern nr. 426 din 27 mai 2020 privind aprobarea standardelor de cost pentru serviciile sociale″, Monitorul Oficial nr. 465 din 2 iunie 2020;

Persoane vârstnice – cadru general

- ″Hotărârea de Guvern nr. 566 din 15 iulie 2015 privind aprobarea Strategiei naționale pentru promovarea îmbătrânirii active și protecția persoanelor vârstnice pentru perioada 2015-2020 și a Planului operațional de acțiuni pentru perioada 2016-2020, precum și a Mecanismului de monitorizare și evaluare integrată a acestora″, Monitorul Oficial nr. 619 din 14 august 2015, cu modificările ulterioare (H.G. nr. 861/2016);
- ″Hotărârea de Guvern nr. 997 din 2 septembrie 2009 privind înființarea, organizarea și funcționarea Comisiei Naționale pentru Populație și Dezvoltare″, Monitorul Oficial nr. 620 din 15 septembrie 2009;
- ″Hotărârea de Guvern nr. 197 din 9 februarie 2006 privind aprobarea programelor de interes național în domeniul protecției drepturilor persoanelor cu handicap, precum şi în domeniul asistenței sociale a persoanelor vârstnice, persoanelor fără adăpost şi persoanelor victime ale violenței în familie şi a finanțării acestor programe″, Monitorul Oficial nr. 195 din 1 martie 2006, cu modificările ulterioare;
- ″Ordinul nr. 325 din 27 aprilie 2006 al ministrului muncii, solidarității sociale şi familiei pentru aprobarea Metodologiei de evaluare, selectare şi de finanțare a proiectelor din cadrul programelor de interes național în domeniul asistenței sociale a persoanelor vârstnice, a persoanelor fără adăpost şi a persoanelor victime ale violenței în familie″, Monitorul Oficial nr. 394 din 8 mai 2006;

- ″Legea nr. 116 din 15 martie 2002 privind prevenirea şi combaterea marginalizării sociale″, Monitorul Oficial nr. 193 din 21 martie 2002, cu modificările ulterioare;

Organisme reprezentative

- ″Legea nr. 16 din 6 martie 2000 privind înființarea, organizarea şi funcționarea Consiliului Național al Persoanelor Vârstnice″, publicată în Monitorul Oficial nr. 104 din 9 martie 2000 și republicată în 2007, 2009, 2014, Monitorul Oficial nr. 866 din 23 septembrie 2020;
- ″Hotărârea de Guvern nr. 499 din 7 aprilie 2004 privind înființarea, organizarea şi funcționarea comitetelor consultative de dialog civic pentru problemele persoanelor vârstnice, în cadrul prefecturilor″, Monitorul Oficial nr. 338 din 19 aprilie 2004;
- ″Legea nr. 363 din 19 septembrie 2003 privind finanțarea activităților ocazionale de sărbătorirea în România a Zilei Internaționale a Vârstnicilor″, Monitorul Oficial nr. 679 din 26 septembrie 2003;

Asigurări de bătrânețe

- ″Legea nr. 263 din 16 decembrie 2010 privind sistemul unitar de pensii publice″, Monitorul Oficial, Partea I, nr. 852 din 20.12.2010, cu modificările și completările ulterioare;
- ″Hotărârea de Guvern nr. 257 din 20 martie 2011 pentru aprobarea Normelor de aplicare a prevederilor Legii nr. 263/2010 privind sistemul unitar de pensii publice″, Monitorul Oficial nr. 214 din 28 martie 2011, cu modificările ulterioare;
- ″Legea nr. 127 din 8 iulie 2019 privind sistemul public de pensii″, Monitorul Oficial nr. 563 din 9 iulie 2019, data intrării în vigoare 01.09.2021;
- ″Legea nr. 411 din 18 octombrie 2004 privind fondurile de pensii administrate privat″, publicată în Monitorul Oficial nr. 1033 din 9 noiembrie 2004 și republicată în Monitorul Oficial nr. 482 din 18 iulie 2007, cu modificările și completările ulterioare;
- ″Legea nr. 204 din 22 mai 2006 privind pensiile facultative″, Monitorul Oficial nr. 470 din 31 mai 2006, cu modificările și completările ulterioare;
- ″Legea nr. 578 din 14 decembrie 2004 privind acordarea unui ajutor lunar pentru soțul supraviețuitor″, Monitorul Oficial nr. 1223 din 20 decembrie 2004, cu modificările ulterioare;

- ″Legea nr. 540 din 27 septembrie 2002 privind casele de ajutor reciproc ale pensionarilor″, Monitorul Oficial nr. 723 din 3 octombrie 2002, cu modificările ulterioare;

Asigurări de sănătate

- ″Legea nr. 95 din 14 aprilie 2006 privind reforma în domeniul sănătății″, publicată în Monitorul Oficial nr. 372 din 28 aprilie 2006 și republicată în Monitorul Oficial nr. 652 din 28 august 2015, cu modificările ulterioare;
- ″Hotărârea de Guvern nr. 140 din 21 martie 2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018-2019″, Monitorul Oficial nr. 270 din 27 martie 2018, cu modificările şi completările ulterioare;
- ″Ordin nr. 397/ 836 din 2018 al ministrului sănătății şi al preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a Hotărârii Guvernului nr. 140/ 2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a Contractului- cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018-2019″, publicat în Monitorul Oficial nr. 273 din 28 martie 2018 și rectificat în Monitorul Oficial nr. 332 din 16 aprilie 2018, cu modificările și completările ulterioare;
- ″Ordinul nr. 1549 din 29 noiembrie 2018 al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate privind aprobarea Normelor metodologice pentru stabilirea documentelor justificative privind dobândirea calității de asigurat″, Monitorul Oficial nr. 1036 din 6 decembrie 2018, cu modificările ulterioare;

Cote de contribuții sociale obligatorii

- ″Legea nr. 227 din 8 septembrie 2015 privind Codul fiscal″, Monitorul Oficial nr. 688 din 10 septembrie 2015, cu modificările ulterioare;
- ″Legea nr. 5 din 6 ianuarie 2020 a bugetului de stat pe anul 2020″, Monitorul Oficial nr. 2 din 6 ianuarie 2020, cu modificările ulterioare;
- ″Legea nr. 6 din 6 ianuarie 2020 a bugetului asigurărilor sociale de stat pe anul 2020″, Monitorul Oficial nr. 3 din 6 ianuarie 2020, cu modificările ulterioare;

Facilități transport

- ″Hotărârea de Guvern nr. 2403 din 21 decembrie 2004 privind aprobarea Normelor metodologice pentru aplicarea Legii nr. 147/2000 privind reducerile acordate pensionarilor pentru transportul intern, cu modificările ulterioare, şi a Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 71/2004 privind acordarea unor facilități familiilor de pensionari", Monitorul Oficial nr. 40 din 12 ianuarie 2005;

Încadrare în grad de handicap

- ″Legea nr. 448 din 6 decembrie 2006 privind protecția şi promovarea drepturilor persoanelor cu handicap", publicată în Monitorul Oficial nr. 1006 din 18 decembrie 2006 și republicată în Monitorul Oficial nr. 1 din 3 ianuarie 2008, cu modificările și completările ulterioare;
- ″Ordinul nr. 762 din 31 august 2007 al Ministerului Muncii, Familiei şi Egalității de Şanse şi Ordinul nr. 1992 din 19 noiembrie 2007 al Ministerului Sănătății Publice pentru aprobarea criteriilor medico-psihosociale pe baza cărora se stabileşte încadrarea în grad de handicap", Monitorul Oficial nr. 885 din 27 decembrie 2007, cu modificările ulterioare;

Asistența socială a persoanelor vârstnice

- ″Legea nr. 17 din 6 martie 2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice", publicată în Monitorul Oficial nr. 104 din 9 martie 2000 şi republicată în Monitorul Oficial nr. 157 din 6 martie 2007, cu modificările ulterioare;

Instrumente de evaluare a nevoilor

- ″Hotărârea de Guvern nr. 886 din 5 octombrie 2000 pentru aprobarea Grilei naționale de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice", Monitorul Oficial nr. 507 din 16 octombrie 2000;
- ″Ordinul nr. 491 din 23 mai 2003 al ministrului sănătății şi familiei şi Ordinul nr. 180 din 27 mai 2003 al ministrului muncii şi solidarității sociale pentru aprobarea Grilei de evaluare medico-socială a persoanelor care se internează în unități de asistență medico-sociale", Monitorul Oficial nr. 382 din 3 iunie 2003;

Îngrijiri la domiciliu

- ”Ordinul nr. 318 din 7 aprilie 2003 al ministrului sănătății şi familiei pentru aprobarea Normelor privind organizarea şi funcționarea îngrijirilor la domiciliu, precum şi autorizarea persoanelor juridice şi fizice care acordă aceste servicii”, Monitorul Oficial nr. 255 din 12 aprilie 2003, cu modificările ulterioare;
- ”Hotărârea de Guvern nr. 1317 din 27 octombrie 2005 privind sprijinirea activităților de voluntariat în domeniul serviciilor de îngrijire la domiciliu pentru persoanele vârstnice”, Monitorul Oficial nr. 997 din 10 noiembrie 2005.

Anexa 2. INSTRUMENTE DE CERCETARE [2]

Fişa organizaţiei

1. Numele organizaţiei;
2. Date de contact: adresă; adresă de corespondenţă; adresa punctelor de lucru; telefon / fax; pagină de internet şi adresă de e-mail; program de funcţionare; program de lucru cu publicul;
3. Tipul organizaţiei:
    a. serviciu public descentralizat (cui îi este subordonat pe plan local);
    b. instituţie publică locală;
    c. fundaţie;
    d. asociaţie;
    e. filială a unei fundaţii sau asociaţii naţionale;
    f. filială a unei fundaţii sau asociaţii internaţionale;
    g. alte cazuri;
4. Colaborare naţională sau internaţională / parteneriat cu alte instituţii sau organizaţii;
5. Structura sau organigrama organizaţiei (organizare, funcţionare);
6. Cadrul legislativ;
7. Obiectivele şi scopul organizaţiei;
8. Modalităţi / surse de finanţare:
    a) bugetul de stat;
    b) bugetul local;
    c) accesare de fonduri prin proiecte;
    d) donaţii;
    e) sponsorizări;

[2] Aceste instrumente de cercetare au fost publicate în Bodogai, Simona Ioana (2009). ”Protecţia socială a persoanelor vârstnice”. Ed. Universităţii din Oradea, p. 215-239.

f) altele;

9. Serviciile oferite şi programele derulate pe categorii de clienți / asistați şi numărul clienților în ultimul an de activitate;
10. Costurile serviciilor per client; „circuitul” clienților;
11. Structura personalului; fişa postului (responsabilitățile fiecăruia);
12. Politici şi proceduri utilizate (de exemplu, anchetă socială, asistență şi consiliere individuală sau de grup, interviu etc.).

Ghiduri de interviu

Ghid de interviu pentru specialişti (focus-grup)

- Care sunt cele mai grave probleme pe care le întâmpină vârstnicii în viața de zi cu zi? / Care sunt principalele nevoi, lipsuri, necesități, probleme cu care se confruntă vârstnicii din județul Bihor? / Care sunt principalele probleme ale vârstnicilor care solicită ajutorul organizației dumneavoastră?
- Având în față toate aceste nevoi (pe flipchart) aş vrea ca fiecare dintre dumneavoastră să alegeți trei dintre ele pe care le considerați cele mai grave/urgente.
- Dumneavoastră derulați o serie de programe sociale pentru vârstnici. Care sunt principalele programe şi în ce măsură acoperă ele nevoile vârstnicilor?/ În ce măsură considerați că prestațiile şi serviciile sociale existente acoperă nevoile vârstnicilor din județul Bihor?
- Ce dificultăți întâmpinați în furnizarea de servicii sau în acoperirea nevoilor vârstnicilor prin servicii?
- Ce fel de servicii sociale considerați că ar trebui dezvoltate (inclusiv extinderea sau îmbunătățirea serviciilor deja existente) pentru a răspunde nevoilor identificate? Ce servicii sociale noi ar trebui create?
  - Concret, cum să facem? Pentru câte persoane?
  - Cine să plătească pentru acest serviciu?
- Care dintre aceste servicii propuse ar trebui să constituie o prioritate?

Ghid de interviu pentru vârstnici (focus-grup şi interviuri individuale)

- Care sunt cele mai grave probleme pe care le întâmpinați în viața de zi cu zi? / Povestiți o zi obişnuită din viața dumneavoastră. / Care sunt principalele nevoi, lipsuri, necesități, probleme cu care se confruntă vârstnicii din județul Bihor?
- Având în față toate aceste nevoi (pe flipchart) aş vrea ca fiecare dintre dumneavoastră să alegeți trei dintre ele pe care le considerați cele mai grave/urgente. / Dacă ASCO (Administrația Socială Comunitară Oradea) ar avea bani să rezolve doar una dintre problemele acestea care credeți că ar trebui să fie?

- Cine vă ajută la rezolvarea acestor probleme? Cum?
  - rude, prieteni, vecini etc.
  - autorități
  - furnizori de servicii sociale (primării, ONG-uri)
    - Cât de mulțumit sunteți de serviciile sociale?/Ce vă nemulțumeşte la serviciile de care beneficiați?
  - dacă nu beneficiază de servicii, să explice.
- Ce probleme întâmpină cei care încearcă să vă ajute? / Dificultăți în furnizarea de servicii sau în acoperirea nevoilor prin servicii.
- Cum vedeți dumneavoastră rezolvarea acestor probleme? / Ce credeți că ar trebui să se facă concret pentru rezolvarea problemelor semnalate de dumneavoastră? / Detaliați un ajutor/serviciu pe care îl considerați necesar. / Ce ați avea nevoie să se înființeze? / Ce servicii/ajutoare considerați că ar fi necesar să se introducă sau să se modifice pentru a răspunde nevoilor identificate? / Ce am putea solicita să se înființeze pentru vârstnici? / Dar la nivel de județ ce s-ar putea face?
  - Concret, cum să facem? Ce fel de servicii/ajutor? Pentru câte persoane?
  - Ați fi dispuşi să plătiți pentru acest serviciu?
- Evaluați / ierarhizați serviciile propuse de specialişti.

Chestionare – vârstnici şi aparţinători

CHESTIONAR nr. | | | | |

VÂRSTNICI

V

Stimate domnule / stimată doamnă Catedra de Sociologie - Asistență Socială a Universității din Oradea efectuează un studiu în legătură cu ***nevoile persoanelor vârstnice din județul Bihor****. Peste 100 de persoane vârstnice au fost alese la întâmplare, ca într-o loterie, pentru a-şi spune punctul de vedere în legătură cu acest subiect. Nu sunteți nevoit/ă să semnați nimic, iar răspunsul la acest chestionar nu vă afectează în niciun fel. Părerile dvs. nu vor fi transmise altor persoane, ele sunt necesare doar pentru a fi prelucrate statistic. Vă mulțumim pt. participarea la cercetarea noastră!*

Q1. Cât de mulțumit sunteți în general de felul în care trăiți?

1. foarte mulțumit	2. destul de mulțumit	3. nu prea mulțumit	4. deloc mulțumit	9. nu ştiu / nu răspund

Q2. Cum este viața dumneavoastră în prezent comparativ cu cea de acum un an?

1. mult mai bună acum	3. aproximativ la fel	5. mult mai proastă acum
2. ceva mai bună acum	4. ceva mai proastă acum	9. NS/NR

Q3. Cum credeți că veți trăi peste un an?

1. mult mai bine	3. aproximativ la fel	5. mult mai prost
2. ceva mai bine	4. ceva mai prost	9. NS/NR

Q4. Ce s-a schimbat în viața dvs. odată cu trecerea de vârsta pensionării (din punct de vedere fizic, psihic şi social)?

____

____

____

____

____

____

Q5. Menționați dacă următoarele afirmații descriu situația dvs. sau nu (sunt adevărate sau false):

	adevărat	fals
a. mă simt apropiat de ceilalți membri ai familiei	1	2
b. simt că nu am multe în comun cu ceilalți membri ai comunității	1	2
c. am puține contacte cu familia	1	2
d. nu mă înțeleg foarte bine cu familia	1	2
e. am o bună relație cu majoritatea membrilor familiei	1	2
f. nimănui din comunitatea în care trăiesc nu-i pasă de mine	1	2
g. simt că sunt important pentru comunitatea în care trăiesc	1	2
h. nu am niciun vecin care să mă ajute când am nevoie	1	2
i. familiei îi pasă de părerea mea	1	2
j. cunosc oameni din comunitate care înțeleg şi împărtăşesc aceleaşi viziuni, păreri ca şi mine	1	2

Q6. Unii oameni cred că au <u>libertate totală de alegere şi de control asupra</u> vieții lor, iar alți oameni cred că <u>indiferent ce fac nu pot influența ce li se întâmplă</u> în viață. Vă rugăm să folosiți scala următoare pentru a indica câtă libertate de alegere credeți că aveți dvs.?

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
Nu am deloc									Am libertate deplină

Nu ştiu = 98 Nu răspund=99

Q7. Locuiți singur(ă)?

1. da	2. nu	9. NS/NR

Dacă da, treci la întrebarea Q9 !!!

Q8. Care sunt persoanele care locuiesc împreună cu dvs.?

	nu	da	dacă da câți/câte
a. soț/soție	1	2	
b. frați	1	2	
c. copii	1	2	
d. nepoți	1	2	

e. părinți	1	2	
f. alte rude	1	2	
g. chiriaşi	1	2	
h. copii în plasament	1	2	
i. asistent personal (grad 1 de handicap)	1	2	
j. alte persoane străine	1	2	

Q9. V-ați dat legal în întreținerea cuiva?

1. da	2. nu	9. NS/NR

Dacă nu, treci la întrebarea Q12 !!!

Q10. Dacă da, persoana/persoanele care v-au luat în întreținere locuiesc împreună cu dvs.?

1. da	2. nu	9. NS/NR

Q11. Cât de mulțumit sunteți de îngrijirea (ajutorul) pe care o primiți din partea celor care v-au luat în întreținere?

1. foarte mulțumit	2. destul de mulțumit	3. nu prea mulțumit	4. deloc mulțumit	9. NS/NR

Q12. Cât de mulțumit sunteți de îngrijirea (ajutorul) pe care o primiți din partea celorlalte persoane care locuiesc împreună cu dvs.?

1. foarte mulțumit	2. destul de mulțumit	3. nu prea mulțumit	4. deloc mulțumit	9. NS/NR

Q13. Dacă ar fi să faceți un clasament al problemelor care vă apasă care ar fi cele mai grave? (AŞEZAȚI PROBLEMELE ÎN ORDINEA GRAVITĂȚII LOR, de la cea mai gravă problemă spre cea mai puțin gravă!)

1.
2.
3.

4.
5.

Q14. Cum apreciați starea sănătății dvs. din ultimul timp? Ați spune că este …

1. foarte bună	2. destul de bună	3. proastă	4. foarte proastă	9. NS/NR

Q15. Care sunt bolile şi/sau infirmitățile de care suferiți?

	da	nu	NS/NR
a. boli ale aparatului circulator (aici intră şi tulburări ale mecanismului imunitar)	1	2	9
b. tumori, cancer	1	2	9
c. boli ale aparatului respirator	1	2	9
d. boli ale aparatului digestiv	1	2	9
e. boli ale aparatului genito-urinar	1	2	9
f. boli ale sistemului nervos	1	2	9
g. boli infecțioase şi parazitare (aici intră şi TBC)	1	2	9
h. boli endocrine, de nutriție, metabolism(intră diabet)	1	2	9
i. anomalii congenitale	1	2	9
j. lipsa sau nefuncționarea unor membre	1	2	9
k. complicații ale sarcinii, naşterii, lăuziei	1	2	9
l. boli ale oaselor şi articulațiilor, reumatism	1	2	9
m. boli ale pielii	1	2	9
n. boli ale ochiului şi a anexelor sale	1	2	9
o. boli ale urechii	1	2	9
p. tulburări mentale şi de comportament (boli psihice)	1	2	9
q. alte boli	1	2	9

Q16. Sunteți încadrat într-un grad de handicap?

1. da, care? ….	2. nu	9. NS/NR

Q17. Beneficiați de asistent personal?

1. da	2. nu	9. NS/NR

Q18. Dacă da, cine este asistentul dvs. personal?

	da	nu	NS/NR
a. o rudă	1	2	9
b. un prieten	1	2	9
c. un vecin	1	2	9
d. altă persoană ……..	1	2	9

Q19. Cum estimați veniturile totale ale gospodăriei dvs. în raport cu necesitățile? (ALEGEȚI O SINGURĂ VARIANTĂ !!!)

1. nu ne ajung nici pentru strictul necesar
2. ne ajung numai pentru strictul necesar
3. ne ajung pentru un trai decent, dar nu ne putem permite cumpărarea unor obiecte mai scumpe (mobilă şi îmbrăcăminte de lux, maşină, casă etc.)
4. reuşim să cumpărăm şi unele obiecte mai scumpe, dar cu eforturi
5. reuşim să avem tot ce ne trebuie, fără mari eforturi
9. NS/NR

Q20. Cea mai mare parte din venituri o cheltuiți pe: …..
(ALEGEȚI O SINGURĂ VARIANTĂ !!!)

1. alimentație
2. băuturi alcoolice
3. îmbrăcăminte, încălțăminte
4. chirie
5. întreținere, curent electric
6. bunuri gospodăreşti (mobilier, obiecte de uz casnic)
7. sănătate (medicamente, spitalizare, tratament etc.)
8. timp liber (spectacole, excursii, TV, radio, presă)
9. servicii, reparații (telefon, transport, îngrijire personală)
10. economii
11. altele
99. NS/NR

Q21. Pentru a vă spori veniturile ce ați făcut în ultimele 12 luni?

	da	nu	NS/NR
1. nu mai întreprind nimic	1	2	9
2. cresc animale domestice	1	2	9
3. cultiv pământul (agricultor, fermier)	1	2	9
4. depun dosarul pt. ajutor social (venit minim garantat)	1	2	9
5. dau pământ în arendă	1	2	9
6. vând pământ	1	2	9
7. muncesc	1	2	9
8. alte activități	1	2	9
99. NS/NR	1	2	9

Q22. În familia dvs. dispuneți de anumite sume de bani ca fonduri de siguranță (acasă sau în bănci) pentru a face față unor cheltuieli viitoare?

1. da	2. nu	9. NS/NR

Q23. Cine vă ajută la rezolvarea problemelor cu care vă confruntați în relațiile cu autoritățile (obținerea de aprobări, întocmirea unor cereri, plata impozitelor, reprezentarea la procese etc.)?

1. susținătorii legali, rudele (familia)	7. medicul de familie
2. cunoştințele, prietenii, vecinii (comunitatea)	8. poliția
3. preotul	9. alte persoane; menționați …………
4. primarul	10. niciuna
5. asistentul / referentul social de la primărie	99. NS/NR
6. fundațiile, asociațiile (ONG-uri)	

Q24. Cine vă ajută la rezolvarea problemelor personale (igienă personală/ corporală, administrarea hranei etc.) cu care vă confruntați?

1. susținătorii legali, rudele (familia)	7. medicul de familie
2. cunoştințele, prietenii, vecinii (comunitatea)	8. poliția
3. preotul	9. alte persoane; menționați …………
4. primarul	10. niciuna
5. asistentul / referentul social de la primărie	99. NS/NR
6. fundațiile, asociațiile (ONG-uri)	

Q25. Cine vă ajută la rezolvarea problemelor de sănătate (administrarea tratamentului medical, efectuarea unor analize medicale etc.) cu care vă confruntaţi?

1. susţinătorii legali, rudele (familia)	7. medicul de familie
2. cunoştinţele, prietenii, vecinii (comunitatea)	8. poliţia
3. preotul	9. alte persoane; menţionaţi …………
4. primarul	10. niciuna
5. asistentul / referentul social de la primărie	99. NS/NR
6. fundaţiile, asociaţiile (ONG-uri)	

Q26. Cine vă ajută (benevol) la rezolvarea treburilor gospodăreşti (îngrijirea locuinţei/gospodăriei, prepararea hranei, menaj/curăţenie, reparaţii, plata unor servicii şi obligaţii curente etc.)?

1. nimeni
2. susţinătorii legali, rudele (familia)
3. prietenii
4. vecinii
5. oamenii din sat
6. persoanele care v-au luat în întreţinere
9. NS/NR

Q27. V-aţi înţeles cu cineva pentru a vă ajuta contra cost sau cu plata în natură?

1. da	2. nu	9. NS/NR

Q28. Aveţi relaţii / cunoştinţe pe care vă puteţi baza ...

	da	nu	NS/NR
a. ...în caz de boală pentru consultaţie, tratament, intervenţie chirurgicală	1	2	9
b. ...la tribunal, notar, avocat	1	2	9
c. ...la primărie	1	2	9
d. ...la poliţie	1	2	9
e. ...în obţinerea unui credit	1	2	9
f. ...în lumea afacerilor	1	2	9
g. ...în străinătate	1	2	9
h. ...la instituţiile judeţene (prefectură, consiliul judeţean)	1	2	9

Q29. Care sunt sursele dvs. de venit?

	da	nu	NS/NR
a. pensie pentru limită de vârstă	1	2	9
b. pensie de urmaş	1	2	9
c. pensie I.O.V.R.	1	2	9
d. pensie de agricultor	1	2	9
e. ajutor de deces (legea 19/2000 actualizată – legea pensiilor)	1	2	9
f. pensie privată	1	2	9
g. ajutor social	1	2	9
h. ajutor pentru încălzirea locuinței	1	2	9
i. ajutor pt. înmormântare (legea 416/2001actualizată – legea venitului minim garantat)	1	2	9
j. altele; menționați ….	1	2	9

Q30. Menționați serviciile sociale pe care le cunoaşteți pentru vârstnici / care sunt serviciile sociale de care poate beneficia o persoană vârstnică?

____
____
____

Q31. Care sunt serviciile sociale de care beneficiați?

	da	nu	NS/NR
a. consiliere juridică şi administrativă	1	2	9
b. cantină socială	1	2	9
c. îngrijire temporară sau permanentă la domiciliu (servicii sociale şi socio-medicale) Detaliați: ____________________ ____________________ ____________________ ____________________ ____________________ ____________________ ____________________ ____________________	1	2	9

d. facilități transport intern	1	2	9
e. bilete de tratament balnear	1	2	9
f. îngrijire în centre de zi, cluburi pentru vârstnici, case de îngrijire temporară, apartamente şi locuințe sociale	1	2	9
g. altele; menționați ….	1	2	9

Q32. Ce vă nemulțumeşte la serviciile de care beneficiați?

____

____

____

____

Q33. Care este motivul pentru care nu beneficiați de servicii sau prestații sociale? (puteți marca mai multe variante de răspuns)

	da	nu	NS/NR
1. nu există servicii	1	2	9
2. nu am acces la serviciile existente	1	2	9
3. nu-mi cunosc drepturile (nu ştiu de ce anume aş putea beneficia)	1	2	9
4. nu cunosc serviciile (nu ştiu unde şi cui să mă adresez)	1	2	9
5. alții nu m-au fost informat (nu mi s-a spus nimic)	1	2	9
6. nu îndeplinesc condițiile pentru a beneficia de servicii sociale	1	2	9
7. nu am întreprins nimic pentru a beneficia	1	2	9
8. familia nu a fost de acord	1	2	9
9. nu am reuşit să-mi întocmesc dosarul pentru că …..	1	2	9
10. alte motive; menționați …………..	1	2	9
99. nu ştiu / nu răspund	1	2	9

Q34. Ce ajutor/serviciu social îl considerați necesar pentru d-voastră?

____

____

____

____

____

Q35. Ați fi dispuşi să plătiți pentru acest serviciu?

1. da	2. nu	9. NS/NR

Q36. Cam ce cuprinde programul dvs. dintr-o zi/lună? / Practicați următoarele activități?

	nu	în fiecare zi	o dată la 2-3 zile	cel puțin o dată pe săpt.	cel puțin o dată la 2 săpt.	cel puțin o dată pe lună	cel puțin o dată pe an	NS/NR
a. fac curățenie prin gospodărie	1	2	3	4	5	6	7	9
b. pregătesc / prepar hrana	1	2	3	4	5	6	7	9
c. fac cumpărăturile	1	2	3	4	5	6	7	9
d. îngrijesc animalele domestice (hrană, curățenie)	1	2	3	4	5	6	7	9
e. cultiv pământul	1	2	3	4	5	6	7	9
f. merg la medic	1	2	3	4	5	6	7	9
g. merg la tratament/bilete de tratament	1	2	3	4	5	6	7	9
h. merg la biserică	1	2	3	4	5	6	7	9
i. merg la cimitir	1	2	3	4	5	6	7	9
j. îmi îngrijesc nepoții	1	2	3	4	5	6	7	9
k. vizionez emisiuni TV	1	2	3	4	5	6	7	9
l. citesc ziare, reviste	1	2	3	4	5	6	7	9
m. citesc diverse cărți (literatură)	1	2	3	4	5	6	7	9
n. fac sport	1	2	3	4	5	6	7	9
o. discuții/bârfe cu vecinii	1	2	3	4	5	6	7	9
p. vizite sau petreceri cu prietenii, cu rudele	1	2	3	4	5	6	7	9
q. merg la cinematograf	1	2	3	4	5	6	7	9
r. merg la spectacole (teatru, concert)	1	2	3	4	5	6	7	9
s. excursii, tabere	1	2	3	4	5	6	7	9
t. activități aducătoare de venit	1	2	3	4	5	6	7	9
u. alte activități; menționați care ………	1	2	3	4	5	6	7	9

Q37. De unde aflați informații despre protecția socială de care puteți beneficia (despre pensii, despre ajutoare sociale, despre servicii medicale etc.)

	da	nu	NS/NR
a. de la rude	1	2	9
b. de la cunoştințe, prieteni, vecini	1	2	9
c. de la preot	1	2	9
d. de la primar	1	2	9
e. de la asistentul /referentul social de la primărie	1	2	9
f. de la fundații, asociații (ONG-uri)	1	2	9
g. de la medicul de familie	1	2	9
h. de la poliție	1	2	9
i. de la poştaş	1	2	9
j. de la televizor	1	2	9
k. din presa scrisă	1	2	9
l. de la radio	1	2	9
m. alte surse; menționați ……………	1	2	9
n. niciuna	1	2	9

Q38. Ce părere aveți de următoarele afirmații?

	total împotrivă	în mare măsură împotrivă	împotrivă	nici nici	de acord	în mare măsură de acord	total de acord
a. există întotdeauna o persoană care îmi este în preajmă atunci când am nevoie	1	2	3	4	5	6	7
b. există întotdeauna o persoană cu care pot să-mi împărtăşesc bucuriile şi necazurile	1	2	3	4	5	6	7
c. familia încearcă într-adevăr să mă ajute	1	2	3	4	5	6	7
d. primesc ajutorul şi suportul emoțional necesar din partea familiei	1	2	3	4	5	6	7

e. am o persoană specială care îmi oferă confortul necesar	1	2	3	4	5	6	7
f. prietenii încearcă într-adevăr să mă ajute	1	2	3	4	5	6	7
g. pot conta pe ajutorul prietenilor când am probleme	1	2	3	4	5	6	7
h. pot să vorbesc despre problemele mele cu familia	1	2	3	4	5	6	7
i. am prieteni cu care pot să-mi împărtăşesc bucuriile şi necazurile	1	2	3	4	5	6	7
j. există o persoană specială în viața mea căreia îi pasă cum mă simt	1	2	3	4	5	6	7
k. familia îşi doreşte să mă ajute să mă decid	1	2	3	4	5	6	7
l. pot să vorbesc cu prietenii mei despre problemele mele	1	2	3	4	5	6	7

Q39. Ce credeți că ar trebui făcut pentru îmbunătățirea situației vârstnicilor?

____

____

____

____

____

____

____

____

____

____

Q40. Ați fi de acord să primiți pe cineva să vă îngrijească la domiciliu?

1. da	2. nu	9. NS/NR

Q41. Ați fi de acord să locuiți într-un cămin de bătrâni?

1. da	2. nu	9. NS/NR

În continuare vă rugăm să ne răspundeți la câteva întrebări privitoare la situația socio-demografică a dvs.

SEX. Sexul respondentului: 1. Masculin 2. Feminin

VRST. Vârsta respondentului în ani împliniți ______

CIV. În prezent sunteți ... / Care este starea dvs. civilă?

1. necăsătorit/ă	2. căsătorit/ă	3. divorțat/ă	4. separat (fără divorț)	5. văduv/ă	6. în uniune liberă /în cuplu cu cineva / în concubinaj

STSCO. Ultima şcoală absolvită

1. fără şcoală
2. şcoală elementară
3. gimnaziu (7,8,10 clase)
4. şcoală profesională (de meserii)
5. liceu
6. şcoală postliceală (inclusiv colegiu)
7. studii superioare
8. nu e cazul
9. NS/NR

PROF. Categoria socio-profesională în viața dvs. activă (înaintea trecerii de vârsta pensionării)

1. agricultor	8. patron
2. casnic (ă)	9. liber profesionist
3. muncitor necalificat	10. şomer
4. muncitor calificat	11. pensionar de boală
5. lucrător în comerț	12. pensionar de vârstă
6. funcționar	13. alta (care?) ______________________
7. tehnician / maistru	99. NS/NR

ETN. Care este naționalitatea dvs.?

1. român	2. maghiar	3. rom	4. german	5. alta ________

REL. Care este religia dvs.?

1. ortodoxă	5. greco-catolică
2. romano-catolică	6. alta ________________
3. protestantă (calvină, reformată)	11. fără religie
4. neo-protestantă (penticostală, baptistă, adventistă, evanghelistă)	12. religie nedeclarată

VENIT. Care a fost venitul gospodăriei dvs. în luna trecută / precedentă [incluzând toate categoriile de venituri: alocații, salarii, pensii, ajutoare sociale (ex: ajutor de şomaj, venit minim garantat), venituri din activități ocazionale, venituri din proprietăți (profit, dobânzi, dividende, chirii), venituri obținute din vânzarea produselor agricole, venituri din colaborări, donații etc.] ?

|__|__|.|__|__|__|.|__|__|__| lei vechi (ROL) |__|.|__|__|__| lei noi (RON)

sau (dacă subiectul nu îşi aminteşte)

VENIT. În medie, care este venitul gospodăriei dvs. într-o lună?

1. mai puțin de 1.000.000 lei vechi
2. între 1.100.000 – 2.000.000 lei vechi
3. între 2.100.000 – 4.000.000 lei vechi
4. între 4.100.000 – 6.000.000 lei vechi
5. între 6.100.000 – 8.000.000 lei vechi
6. între 8.100.000 – 10.000.000 lei vechi
7. între 10.100.000 – 12.000.000 lei vechi
8. între 12.100.000 – 15.000.000 lei vechi
9. peste 15.100.000 lei vechi

MEM. Din câte persoane, cu care aveți menaj comun, se compune gospodăria dvs.? (total membri în gospodărie): _______

MNL. Câți sunt copii sub 16 ani, elevi, studenți care nu lucrează? _______

ML. Câte persoane din gospodăria dvs. lucrează? ________

PROP. Ce proprietăți (coproprietăți) aveți (dvs. şi familia)?

	da	nu	NS/NR
a. proprietari ai locuinței familiei (casă, apartament)	1	2	9
b. alte proprietăți imobiliare (casă de odihnă, imobile/ locuințe închiriate)	1	2	9
c. unități productive (ateliere, fabrici, maşini agricole, ferme etc.)	1	2	9
d. magazine (chioşcuri)	1	2	9
e. deținător de acțiuni (de orice fel)	1	2	9
f. teren agricol-suprafața .... ha (minim 0,5 ha, adică 500 mp.)	1	2	9
g. gospodărie țărănească	1	2	9

CAM. Câte camere are locuința dvs., cu excepția dependințelor (bucătărie, baie, cămară, garaj etc.)? ___

DEP. Locuința dvs. are dependințele minime necesare: bucătărie, baie?

1. da	2. parțial	3. nu	9. NS/NR

OPT. Oportunitățile locuinței:

	da	nu	NS/NR
a. apă curentă	1	2	9
b. canalizare	1	2	9
c. electricitate	1	2	9
d. încălzire sobă – lemne	1	2	9
e. încălzire sobă – gaze	1	2	9
f. termoficare	1	2	9
g. altele; menționați ……………….	1	2	9

BUN. Pe care din următoarele bunuri le posedați?

	da	nu	NS/NR
a. Frigider	1	2	9
b. Aragaz	1	2	9
c. Congelator	1	2	9
d. Maşină de spălat	1	2	9
e. Aspirator de praf	1	2	9
f. Aparat de radio	1	2	9
g. T.V. color	1	2	9
h. Telefon	1	2	9
i. Videocasetofon/DVD player	1	2	9
j. Magnetofon, casetofon	1	2	9
k. Calculator personal	1	2	9
l. Bicicletă	1	2	9
m.Motocicletă	1	2	9
n. Autoturism	1	2	9
o. Obiecte de artă de valoare	1	2	9
p. Altele (relevante); menționați ………..	1	2	9

Localitatea ____________________ |__|__|	**Operator teren** ____________________ |__|__| **Telefon** (operator teren) ____________________________
Data completării ____________________ |__|__|	**Operator introducere date** ____________________ |__|__| **Telefon** (operator introducere date) ____________________________
Durata completării ____________________ |__|__|	

CHESTIONAR nr. | | | | |

A

APARȚINĂTORI

Stimate domnule / stimată doamnă Catedra de Sociologie - Asistență Socială a Universității din Oradea efectuează un studiu în legătură cu ***nevoile persoanelor vârstnice din județul Bihor****. Peste 100 de* ***aparținători ai persoanelor vârstnice*** *au fost aleşi la întâmplare, ca într-o loterie, pentru a-şi spune punctul de vedere în legătură cu acest subiect. Nu sunteți nevoit/ă să semnați nimic, iar răspunsul la acest chestionar nu vă afectează în niciun fel. Părerile dvs. nu vor fi transmise altor persoane, ele sunt necesare doar pentru a fi prelucrate statistic. Vă mulțumim pt. participarea la cercetarea noastră!*

Q1. Ce s-a schimbat în viața vârstnicului odată cu trecerea de vârsta pensionării (din punct de vedere fizic, psihic şi social)?

____

____

____

____

____

____

Q2. Care sunt persoanele care locuiesc împreună cu persoana vârstnică?

	nu	da	dacă da câți/câte
a. locuieşte singur	1	2	
b. soț/soție	1	2	
c. frați	1	2	
d. copii	1	2	
e. nepoți	1	2	
f. părinți	1	2	
g. alte rude	1	2	
h. chiriaşi	1	2	
i. copii în plasament	1	2	
j. alte persoane străine	1	2	

Q3. Există o persoană (sau mai multe) care a luat legal în întreținerea sa persoana vârstnică?

1. da	2. nu	9. nu ştiu / nu răspund

Dacă nu, treci la întrebarea Q6 !!!

Q4. Dacă da, persoana/persoanele care l-au luat în întreținere locuiesc împreună cu dânsul/dânsa?

1. da	2. nu	9. NS/NR

Q5. Cât de mulțumit vă pare vârstnicul de îngrijirea/ajutorul pe care îl primeşte din partea celor care l-au luat în întreținere?

1. foarte mulțumit	2. destul de mulțumit	3. nu prea mulțumit	4. deloc mulțumit	9. NS/NR

Q6. Cât de mulțumit vă pare vârstnicul de îngrijirea/ajutorul pe care îl primeşte din partea celorlalte persoane care locuiesc împreună cu dânsul/dânsa?

1. foarte mulțumit	2. destul de mulțumit	3. nu prea mulțumit	4. deloc mulțumit	9. NS/NR

Q7. Dacă ar fi să faceți un clasament al problemelor cu care se confruntă vârstnicul din familia dvs. care ar fi cele mai grave? (AŞEZAȚI PROBLEMELE ÎN ORDINEA GRAVITĂȚII LOR, de la cea mai gravă problemă spre cea mai puțin gravă!)

1.
2.
3.
4.
5.

Q8. Care sunt bolile şi/sau infirmităţile de care suferă vârstnicul?

	da	nu	NS/NR
a. boli ale aparatului circulator (aici intră şi tulburări ale mecanismului imunitar)	1	2	9
b. tumori, cancer	1	2	9
c. boli ale aparatului respirator	1	2	9
d. boli ale aparatului digestiv	1	2	9
e. boli ale aparatului genito-urinar	1	2	9
f. boli ale sistemului nervos	1	2	9
g. boli infecţioase şi parazitare (aici intră şi TBC)	1	2	9
h. boli endocrine, de nutriţie, metabolism (intră diabet)	1	2	9
i. anomalii congenitale	1	2	9
j. lipsa sau nefuncţionarea unor membre	1	2	9
k. complicaţii ale sarcinii, naşterii, lăuziei	1	2	9
l. boli ale oaselor şi articulaţiilor, reumatism	1	2	9
m. boli ale pielii	1	2	9
n. boli ale ochiului şi a anexelor sale	1	2	9
o. boli ale urechii	1	2	9
p. tulburări mentale şi de comportament (boli psihice)	1	2	9
q. alte boli	1	2	9

Q9. Vârstnicul din familia dvs. este încadrat într-un grad de handicap?

1. da, care? ….	2. nu	9. NS/NR

Q10. Vârstnicul din familia dvs. beneficiază de asistent personal?

1. da	2. nu	9. NS/NR

Q11. Dacă da, cine este asistent personal?

	da	nu	NS/NR
a. o rudă	1	2	9
b. un prieten	1	2	9
c. un vecin	1	2	9
d. altă persoană …..	1	2	9

Q12. Cum estimați veniturile totale ale gospodăriei în care locuieşte vârstnicul în raport cu necesitățile? (ALEGEȚI O SINGURĂ VARIANTĂ !!!)

1. nu ajung nici pentru strictul necesar
2. ajung numai pentru strictul necesar
3. ajung pentru un trai decent, dar nu permit cumpărarea unor obiecte mai scumpe (mobilă şi îmbrăcăminte de lux, maşină, casă etc.)
4. se pot cumpăra şi unele obiecte mai scumpe, dar cu eforturi
5. reuşim să avem tot ce ne trebuie, fără mari eforturi
9. NS/NR

Q13. Cea mai mare parte din venituri este cheltuită pe (ALEGEȚI O SINGURĂ VARIANTĂ !!!):

1. alimentație
2. băuturi alcoolice
3. îmbrăcăminte, încălțăminte
4. chirie
5. întreținere, curent electric
6. bunuri gospodăreşti (mobilier, obiecte de uz casnic)
7. sănătate (medicamente, spitalizare, tratament etc.)
8. timp liber (spectacole, excursii, TV, radio, presă)
9. servicii, reparații (telefon, transport, îngrijire personală)
10. economii pentru ……..
11. altele; menționați ………..
99. NS/NR

Q14. Pentru a-şi spori veniturile cu ce se mai ocupă vârstnicul/ce a mai făcut suplimentar în ultimele 12 luni?

	da	nu	NS/NR
1. nu a mai întreprins nimic	1	2	9
2. a crescut animale domestice	1	2	9
3. a cultivat pământul (agricultor, fermier)	1	2	9
4. şi-a depus dosar pt. ajutor social (venit minim garantat)	1	2	9
5. a dat pământ în arendă	1	2	9
6. a vândut pământ	1	2	9
7. a muncit	1	2	9
8. alte activități; menționați care ………..	1	2	9
99. NS/NR	1	2	9

Q15. Vârstnicul dispune de anumite sume de bani ca fonduri de siguranță (acasă sau în bănci) pentru a face față unor cheltuieli viitoare?

1. da	2. nu	9. NS/NR

Q16. Cine îl ajută la rezolvarea problemelor cu care se confruntă în relațiile cu autoritățile (obținerea de aprobări, întocmirea unor cereri, plata impozitelor, reprezentare în procese etc.)?

1. susținătorii legali, rudele (familia)	7. medicul de familie
2. cunoştințele, prietenii, vecinii (comunitatea)	8. poliția
3. preotul	9. alte persoane; menționați …………
4. primarul	10. niciuna
5. asistentul / referentul social de la primărie	99. NS/NR
6. fundațiile, asociațiile (ONG-uri)	

Q17. Cine îl ajută la rezolvarea problemelor personale (igienă personală/corporală, administrarea hranei etc.) cu care se confruntă?

1. susținătorii legali, rudele (familia)	7. medicul de familie
2. cunoştințele, prietenii, vecinii (comunitatea)	8. poliția
3. preotul	9. alte persoane; menționați …………
4. primarul	10. niciuna
5. asistentul / referentul social de la primărie	99. NS/NR
6. fundațiile, asociațiile (ONG-uri)	

Q18. Cine îl ajută la rezolvarea problemelor de sănătate (administrarea tratamentului medical, efectuarea unor analize medicale etc.) cu care se confruntă?

1. susținătorii legali, rudele (familia)	7. medicul de familie
2. cunoştințele, prietenii, vecinii (comunitatea)	8. poliția
3. preotul	9. alte persoane; menționați …………
4. primarul	10. niciuna
5. asistentul / referentul social de la primărie	99. NS/NR
6. fundațiile, asociațiile (ONG-uri)	

Q19. Cine îl ajută (benevol) la rezolvarea treburilor gospodăreşti (îngrijirea locuinței/gospodăriei, prepararea hranei, menaj/curățenie, reparații, plata unor servicii şi obligații curente etc.)?

1. nimeni
2. susținătorii legali, rudele (familia)
3. prietenii
4. vecinii
5. oamenii din sat
6. persoanele care l-au luat în întreținere
9. NS/NR

Q20. Vârstnicul a angajat pe cineva pentru a-l ajuta (contra cost sau în natură)?

1. da	2. nu	9. NS/NR

Q21. Vârstnicul are relații / cunoştințe pe care se poate baza ...

	da	nu	NS/NR
a. ...în caz de boală pentru consultație, tratament, intervenție chirurgicală	1	2	9
b. ...la tribunal, notar, avocat	1	2	9
c. ...la primărie	1	2	9
d. ...la poliție	1	2	9
e. ...în obținerea unui credit	1	2	9
f. ...în lumea afacerilor	1	2	9
g. ...în străinătate	1	2	9
h. ...la instituțiile județene (prefectură, consiliul județean)	1	2	9

Q22. Ce surse de venit are vârstnicul?

	da	nu	NS/NR
a. pensie pentru limită de vârstă	1	2	9
b. pensie de urmaş	1	2	9
c. pensie I.O.V.R.	1	2	9
d. pensie de agricultor	1	2	9
e. ajutor de deces (legea 19/2000 actualizată – legea pensiilor)	1	2	9
f. pensie privată	1	2	9

g. ajutor social	1	2	9
h. ajutor pentru încălzirea locuinței	1	2	9
i. ajutor pt. înmormântare (legea 416/2001actualizată – legea venitului minim garantat)	1	2	9
j. altele; menționați ….	1	2	9

Q23. Menționați serviciile sociale pe care le cunoaşteți pentru vârstnici / care sunt serviciile sociale de care poate beneficia o persoană vârstnică?

____

____

____

____

____

Q24. Care sunt serviciile sociale de care beneficiază persoana vârstnică?

	da	nu	NS/NR
a. consiliere juridică şi administrativă	1	2	9
b. cantină socială	1	2	9
c. îngrijire temporară sau permanentă la domiciliu (servicii sociale şi socio-medicale) Detaliați: ____________________ ____________________ ____________________ ____________________ ____________________ ____________________ ____________________ ____________________	1	2	9
d. facilități transport intern	1	2	9
e. bilete de tratament balnear	1	2	9
f. îngrijire în centre de zi, cluburi pentru vârstnici, case de îngrijire temporară, apartamente şi locuințe sociale	1	2	9
g. altele; menționați ….	1	2	9

Q25. Ce îl nemulțumeşte pe vârstnic la serviciile de care beneficiază?

____

____

____

____

Dacă vârstnicul nu beneficiază de servicii sociale

Q26. Care este motivul pentru care vârstnicul nu beneficiază de servicii sau prestații sociale? (puteți marca mai multe variante de răspuns)

	da	nu	NS/NR
1. nu există servicii	1	2	9
2. nu are acces la serviciile existente	1	2	9
3. nu-şi cunoaşte drepturile(nu ştie de ce anume ar putea beneficia)	1	2	9
4. nu cunoaşte serviciile (nu ştie unde şi cui să se adreseze)	1	2	9
5. alții nu l-au informat (nu i s-a spus nimic)	1	2	9
6. nu îndeplineşte condițiile pentru a beneficia de servicii sociale	1	2	9
7. nu a întreprins nimic pentru a beneficia	1	2	9
8. familia nu a fost de acord	1	2	9
9. nu a reuşit să-şi întocmească dosarul pentru că …..	1	2	9
10. alte motive; menționați …………..	1	2	9
99. nu ştiu / nu răspund	1	2	9

Q27. Ce serviciu social îl considerați necesar pentru vârstnicul din familia dvs.?

____

____

____

____

Q28. Ați fi dispuşi să plătiți pentru acest serviciu?

1. da	2. nu	9. NS/NR

Q29. Cam ce cuprinde programul vârstnicului într-o zi/ lună? / Practică următoarele activități?

	nu	în fiecare zi	o dată la 2-3 zile	cel puțin o dată pe săpt.	cel puțin o dată la 2 săpt.	cel puțin o dată pe lună	cel puțin o dată pe an	NS/NR
a. face curățenie prin gospodărie	1	2	3	4	5	6	7	9
b. pregăteşte mâncarea / prepară hrana	1	2	3	4	5	6	7	9
c. face cumpărăturile	1	2	3	4	5	6	7	9
d. îngrijeşte animalele domestice(hrană, curățenie)	1	2	3	4	5	6	7	9
e. cultivă pământul	1	2	3	4	5	6	7	9
f. merge la medic	1	2	3	4	5	6	7	9
g. merge la tratament/ bilete de tratament	1	2	3	4	5	6	7	9
h. merge la biserică	1	2	3	4	5	6	7	9
i. merge la cimitir	1	2	3	4	5	6	7	9
j. îşi îngrijeşte nepoții	1	2	3	4	5	6	7	9
k. vizionează emisiuni TV	1	2	3	4	5	6	7	9
l. citeşte ziare, reviste	1	2	3	4	5	6	7	9
m. citeşte diverse cărți/lectură (literatură)	1	2	3	4	5	6	7	9
n. face sport	1	2	3	4	5	6	7	9
o. discută/bârfeşte cu vecinii	1	2	3	4	5	6	7	9
p. vizite sau petreceri cu prietenii, cu rudele	1	2	3	4	5	6	7	9
q. merge la cinematograf	1	2	3	4	5	6	7	9
r. merge la spectacole (teatru, concert)	1	2	3	4	5	6	7	9
s. excursii, tabere	1	2	3	4	5	6	7	9
t. activități aducătoare de venit	1	2	3	4	5	6	7	9
u. alte activități; menționați care ………………..	1	2	3	4	5	6	7	9

Q30. De unde află vârstnicul cele mai multe informații despre protecția socială de care poate beneficia (despre pensii, ajutoare sociale, servicii medicale etc.)?

	da	nu	NS/NR
a. de la rude	1	2	9
b. de la cunoştințe, prieteni, vecini	1	2	9
c. de la preot	1	2	9
d. de la primar	1	2	9
e. de la asistentul /referentul social de la primărie	1	2	9
f. de la fundații, asociații (ONG-uri)	1	2	9
g. de la medicul de familie	1	2	9
h. de la poliție	1	2	9
i. de la poştaş	1	2	9
j. de la televizor	1	2	9
k. din presa scrisă	1	2	9
l. de la radio	1	2	9
m. alte surse; menționați ……………	1	2	9
n. niciuna	1	2	9

Q31. Ce credeți că ar trebui făcut pentru îmbunătățirea situației vârstnicilor?

____

____

____

____

____

____

Q32. Ce credeți, vârstnicul ar fi de acord să primească pe cineva să îl îngrijească la domiciliu?

1. da	2. nu	9. NS/NR

Q33. Dar d-voastră, ați fi de acord ca vârstnicul să primească îngrijiri la domiciliu de la cineva din afara familiei?

1. da	2. nu	9. NS/NR

Q34. Vârstnicul ar fi de acord să locuiască într-un cămin de bătrâni?

1. da	2. nu	9. NS/NR

Q35. Dar d-voastră ați fi de acord ca vârstnicul să locuiască într-un cămin de bătrâni?

1. da	2. nu	9. NS/NR

În continuare vă rugăm să ne răspundeți la câteva întrebări privitoare la situația socio-demografică a vârstnicului

SEX. Sexul vârstnicului: 1. Masculin 2. Feminin

VRST. Vârsta vârstnicului în ani împliniți ______

CIV. În prezent este ... / Care este starea civilă a vârstnicului?

1. necăsătorit/ă	2. căsătorit/ă	3. divorțat/ă	4. separat (fără divorț)	5. văduv/ă	6. în uniune liberă /în cuplu cu cineva/ concubinaj

STSCO. Ultima şcoală absolvită de vârstnic

1. fără şcoală
2. şcoală elementară
3. gimnaziu (7,8,10 clase)
4. şcoală profesională (de meserii)
5. liceu
6. şcoală postliceală (inclusiv colegiu)
7. studii superioare
8. nu e cazul
9. NS/NR

PROF. Categoria socio-profesională a vârstnicului în viața lui activă (înaintea trecerii de vârsta pensionării)

1. agricultor	8. patron
2. casnic (ă)	9. liber profesionist
3. muncitor necalificat	10. şomer
4. muncitor calificat	11. pensionar de boală
5. lucrător în comerț	12. pensionar de vârstă
6. funcționar	13. alta (care?) ____________________
7. tehnician / maistru	99. NS/NR

ETN. Care este naționalitatea vârstnicului?

1. român	2. maghiar	3. rom	4. german	5. alta ________

REL. Care este religia vârstnicului?

1. ortodoxă	5. greco-catolică
2. romano-catolică	6. alta ________________
3. protestantă (calvină, reformată)	11. fără religie
4. neo-protestantă (penticostală, baptistă, adventistă, evanghelistă)	12. religie nedeclarată

VENIT. Care a fost venitul gospodăriei în care locuieşte vârstnicul în luna trecută / precedentă [incluzând toate categoriile de venituri: alocații, salarii, pensii, ajutoare sociale (ex: ajutor de şomaj, venit minim garantat), venituri din activități ocazionale, venituri din proprietăți (profit, dobânzi, dividende, chirii), venituri obținute din vânzarea produselor agricole, venituri din colaborări, donații etc.] ?

|__|__|.|__|__|__|.|__|__|__| lei vechi (ROL) |__|.|__|__|__| lei noi (RON)

sau (dacă subiectul nu îşi aminteşte)

VENIT. În medie, care este venitul gospodăriei vârstnicului într-o lună?

1. mai puțin de 1.000.000 lei vechi
2. între 1.100.000 – 2.000.000 lei vechi
3. între 2.100.000 – 4.000.000 lei vechi
4. între 4.100.000 – 6.000.000 lei vechi
5. între 6.100.000 – 8.000.000 lei vechi
6. între 8.100.000 – 10.000.000 lei vechi
7. între 10.100.000 – 12.000.000 lei vechi
8. între 12.100.000 – 15.000.000 lei vechi
9. peste 15.100.000 lei vechi

MEM. Din câte persoane se compune gospodăria vârstnicului (menaj comun)? (total membri în gospodărie): _______

MNL. Câți sunt copii sub 16 ani, elevi, studenți care nu lucrează? _______

ML. Câte persoane din gospodăria vârstnicului lucrează? _______

PROP. Ce proprietăţi (coproprietăţi) are vârstnicul şi familia sa?

	da	nu	NS/NR
a. proprietari ai locuinţei familiei (casă, apartament)	1	2	9
b. alte proprietăţi imobiliare (casă de odihnă,imobile/locuinţe închiriate)	1	2	9
c. unităţi productive (ateliere, fabrici, maşini agricole, ferme etc.)	1	2	9
d. magazine (chioşcuri)	1	2	9
e. deţinător de acţiuni (de orice fel)	1	2	9
f. teren agricol-suprafaţa .... ha (minim 0,5 ha, adică 500 mp.)	1	2	9
g. gospodărie ţărănească	1	2	9

CAM. Câte camere are locuinţa vârstnicului, cu excepţia dependinţelor (bucătărie, baie, cămară, garaj etc.)? ___

DEP. Locuinţa sa are dependinţele minime necesare: bucătărie, baie?

1. da	2. parţial	3. nu	9. NS/NR

OPT. Oportunităţile locuinţei:

	da	nu	NS/NR
a. apă curentă	1	2	9
b. canalizare	1	2	9
c. electricitate	1	2	9
d. încălzire sobă – lemne	1	2	9
e. încălzire sobă – gaze	1	2	9
f. termoficare	1	2	9
g. altele; menţionaţi ……………….	1	2	9

BUN. Pe care din următoarele bunuri le posedă?

	da	nu	NS/NR
a. Frigider	1	2	9
b. Aragaz	1	2	9
c. Congelator	1	2	9
d. Maşină de spălat	1	2	9
e. Aspirator de praf	1	2	9
f. Aparat de radio	1	2	9
g. T.V. color	1	2	9
h. Telefon	1	2	9
i. Videocasetofon/DVD player	1	2	9
j. Magnetofon, casetofon	1	2	9
k. Calculator personal	1	2	9
l. Bicicletă	1	2	9
m. Motocicletă	1	2	9
n. Autoturism	1	2	9
o. Obiecte de artă de valoare	1	2	9
p. Altele (relevante); menționați ………..	1	2	9

Localitatea ________________________ |__|__|	**Operator teren** ________________________ |__|__| **Telefon** (operator teren) ________________________
Data completării ________________________ |__|__|	
Durata completării ________________________ |__|__|	**Operator introducere date** ________________________ |__|__| **Telefon** (operator introducere date) ________________________



ISBN: 978-606-37-0956-2